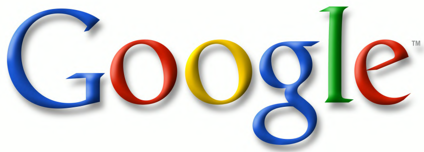


[illegible]

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT

VOOR

VERLOSKUNDE EN GYNAECOLOGIE.

UITGEGEVEN VAN WEGE

de „Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging”.

ONDER REDACTIE VAN

Prof. Dr. G. H. VAN DER MEIJ

EN VAN

Prof. Dr. HECTOR TREUB en Dr. G. C. NIJHOFF.

ZESDE JAARGANG.

HAARLEM.
DE ERVEN F. BOHN.
1895.

INHOUD.

INHOUD.



Dr. Mendes da Costa, fec.

EEN GEVAL VAN PYONEPHROSE,

DOOR

Dr. KOUWER,

Haarlem.

(Met eene Plaat.)

Ik veroorloof mij het volgende geval, als een casuïstische bijdrage op het gebied der buik-chirurgie in dit tijdschrift mede te deelen, hoewel het niet tot het gynaekologisch terrein in engeren zin behoort.

Den 2en Mei van 't vorige jaar werd in het St. Elisabeth's Gasthuis alhier de 26jarige vrouw H. opgenomen, die over een pijnlijk gezwel in den buik klaagde. Hare ouders en verdere bloedverwanten waren gezond, met uitzondering van eene zuster, die aan caries van den middelvoet leed. Zij zelf had zich ook steeds gezond gevoeld tot voor 2 jaren, toen zij in het Ziekenhuis te Leiden voor albuminurie behandeld moest worden. Zij meende daaruit genezen ontslagen te zijn en gevoelde zich daarna dan ook volkomen wel, trouwde en beviel voor 10 weken van een flink, voldragen kind. In de laatste weken der zwangerschap had zij veel pijn in de linkerzijde; eerst in 't kraambed ontdekte zij daar een „dikte". Daar deze steeds toenam, en zij zelf voortdurend magerder en zwakker werd, zocht zij hulp in het Gasthuis. Bovendien klaagde zij nog over frequenten aandrang tot urine-loozing; overigens gevoelde zij zich opgewekt, volstrekt niet ziek.

Bij het onderzoek der sterk vermagerde vrouw werden in de longen geene afwijkingen gevonden; daarentegen vertoonde het hart eene duidelijke hypertrophie der linker kamer (vergrooting der hartdofheid naar links, puntstoot 2 cM. naar buiten van de mamillairlijn, versterkte 2e pulmonaal en aorta-toon), geen geruischen. De rechter longrand stond achter 2 cM. hooger dan de linker. De leverdofheid had in de rechter mamillairlijn eene hoogte van 8 cM. In het bovenste gedeelte der linker buikhelft was een gezwel door de dunne buikbekleedselen heen zichtbaar, waarop de omtrekken van darmlissen zich duidelijk lieten onderscheiden. Deze bij betasting vaste tumor reikte van den ribbenboog tot dichtbij den navel en tot den voorbovendarmsbeensdoorn en liet zich naar achteren gemakkelijk in de lendenstreek vervolgen. Hij maakte de adembewegingen van het

middenrif mede. Aan deze voelbare massa beantwoordde vóór een sterk gedempt tympanitische, achter een volkomen doffe percussietoon. Met de geslachtsdeelen, die geen afwijkingen vertoonden, hing het gezwel stellig niet samen. — In de zuur reageerende urine, die geen suiker bevatte, werden eene geringe hoeveelheid eiwit, vele etterbolletjes en korrelige cylinders gevonden.

Bij voortgezette waarneming bleek de hoeveelheid urine van 2000 tot 3300 cc. te bedragen (S. G. 1013 –1011). De temperatuur was steeds verhoogd, eerst met intermitteerend, daarna met remitteerend beloop. Daarbij klaagde pat. noch over ziektegevoel, noch over koude rillingen of spontane pijnen.

Voor de differentieel-diagnose konden in aanmerking komen: een tumor van de milt, van de nier, van het mesenterium of een geheel onafhankelijk daarvan groeiende retroperitoneale nieuwvorming. De ademhalingsbewegingen, die aan het gezwel werden waargenomen, deden deze laatste mogelijkheid vervallen en maakten ook een mesenteriaal gezwel in hooge mate onwaarschijnlijk. Het feit, dat het gezwel zich zoo typisch in de nierstreek liet vervolgen, kon slechts met een milt- of nier-tumor in verband worden gebracht. Terwijl nieuwvormingen der milt uiterst zeldzaam zijn, een hyperplastische milt daarentegen gemakkelijk aan den eigenaardigen vorm en de consistentie te herkennen is en gewoonlijk niet in die mate door darmlissen bedekt of er mede vergroeid is, als in het onderhavige geval, moest de aandacht meer tot de nier getrokken worden, die niet zoo zelden de zitplaats van nieuwvormingen is. Den snellen groei van het gezwel in aanmerking genomen, mocht aan een sarcoom gedacht worden; het voortdurend koortsen en de daarbij opvallende euphorie der zieke pleitten voor den tuberculeusen aard van het proces, hoewel niet over 't hoofd gezien mocht worden, dat bij sarcomateuse en andere boosaardige nieuwvormingen meermalen een intermitteerende koorts wordt waargenomen. Het ontbreken van bloed in de urine en de aanwezigheid van etter daarin spraken echter meer voor tuberculose. Deze overwegingen, de anamnese der patiënte (albuminurie vóor 2 jaar) en de hartshypertrophie leidden mij tot de diagnose pyonephrose, vermoedelijk op tuberculeusen bodem en tot de therapie — nier-exstirpatie. Ofschoon het niet gelukte de ureteren te sondeeren, mocht toch worden aangenomen, dat deze kolossaal veranderde nier voor de urine-secretie geen beteekenis meer had. De grootte van het gezwel wees den transperitonealen als den eenigen bruikbaren weg aan.

Na het ledigen der darmen en het toedienen van 5 gr. subnitr. bismuth., zonder toevoeging van opium of morphium, werd den 3en Juni in chloroform-narcose tot de operatie overgegaan. De buikholte

werd aan de buitenzijde van den linker m. rect. abd. geopend, het colon transversum met het omentum naar boven, en het colon descendens naar buiten gedrongen (verschuiving naar de mediaanlijn toe, ofschoon in 't algemeen voor de voeding van den darm wenschelijker, gaf in dit geval geen ruimte genoeg). De tumor was bedekt door een vaatarm peritoneum, dat van boven naar beneden gekliefd werd, waarbij slechts twee venae onderbonden behoefden te worden. Nadat de serosa een eindweegs losgepeld was, werden de vrije randen aan het peritoneum der buikwond gehecht, om de operatie verder extraperitoneaal te kunnen verrichten. Grootendeels met stomp geweld, nu en dan na onderbinding van vaatrijke verbindingsstrengen, werd het gezwel nu geheel losgespeld tot aan zijn hilus, waar een dikke bundel in drie gedeelten werd afgebonden en doorgesneden. Uit het centrale stuk van den ureter vloeide dikke etter, het periphere was door een etterprop verstopt. Na reiniging van den retroperitonealen zak werd deze met jodoformgaas volgestopt, in het midden waarvan de ureter-stomp kwam te liggen, de buikwond door een paar hechtingen verkleind en met een jodoformgaasverband bedekt.

Hoewel de operatie ruim anderhalf uur had geduurd, en er veel chloroform was verbruikt geworden, toonde pat. geene collaps-verschijnselen. De temp., dadelijk na de operatie tot 36°.7 gedaald, bereikte 's avonds weder 38°.4, terwijl de pols-frequentie tot 146 p. min. steeg. Tot den volgenden morgen werden 490 cc. urine (S. G. 1014), in het daarop volgende etmaal 360 cc. urine afgescheiden, die een geringe hoeveelheid eiwit bevatte, en schommelde de temperatuur tusschen 36° en 38°, de pols-frequentie tusschen 104 en 138. In den nacht van 4 op 5 Juni sliep patiënte rustig, zij gevoelde zich den volgenden ochtend prettig, vrij van pijn of bezwaren. De temp., te 6 uur nog 38°.2, steeg te 9 uur tot 40°.2, de pols-frequentie van 120 tot 160 en te 10 uur trad de dood plotseling in.

Het geëxstirpeerde gezwel geleek op een multiloculaire cyste, die in vorm met een nier overeenkwam. Zijn grootste afmeting bedroeg 25 cM., de dikte 15 cM. Op doorsnede bleek het te bestaan uit een samenvoegsel van met dikken etter en etterproppen gevulde zakjes, die onderling niet met elkander in verbinding stonden. Elk dezer zakjes had een dikken, stijven wand en mondde door een ronde opening van ongeveer 5 mM. middellijn uit in een gemeenschappelijke holte, die zich verder voortzette in den dikken ureter. Nierparenchym was nergens meer te herkennen. Wij hadden dus te doen met een volledige pyonephrose, een totale verettering van het nier-parenchym met kolossale uitzetting van nierkelken en -bekken.

Bijgaande teekening, die ik aan de groote welwillendheid van

Dr. Mendes da Costa te Amsterdam te danken heb, geeft het preparaat, half op zijde gezien, weêr.

De sectio cadaveris, die zich slechts tot de buikholte mocht bepalen, werd 24 uren post mortem verricht en leerde het volgende: De retroperitoneale zak, het nest der weggenomen nier, was ideaal droog en vertoonde nergens een spoor van necrose of ettervorming. De darmen waren matig opgezet en met een glanzende serosa bedekt, die hier en daar iets geïnjicieerd was, maar nergens adhaesies of fibrine-vlokken vertoonde. De buikholte bevatte een geringe hoeveelheid bloederig vocht. — De rechter nier was groot en buitengewoon slap, zoodat zij bij het uitpellen zelfs eerst voor een stuk darm werd gehouden. Haar lengte bedroeg 13, haar breedte 7 en de dikte 3.5 cM. Bij het doorsnijden werd in de eene pool een etterholte ter grootte van een okkernoot gevonden. Nierkelken en -bekken waren zeer wijd: dit laatste ging als een wijde trechter over in een wijden ureter, die eerst halverwege zijn normale wijdte kreeg. Overigens geen bijzonderheden. Het microscopisch onderzoek van deze nier, welwillend door Prof. Kühn te Amsterdam verricht, deed haar als tuberculeus herkennen.

Het is niet gemakkelijk met zekerheid de oorzaak van den dood in dit geval op te geven. Het meest waarschijnlijk acht ik, dat de chloroform-narcose als de aanleiding moet worden beschouwd. Sepsis mag vrij zeker worden uitgesloten: de dood trad 2 $\times$ 24 uren na de operatie in: in dien tijd was er gelegenheid genoeg voor de locale symptonen van infectie om tot ontwikkeling te komen; bij de sectie werd daarvan evenwel geen spoor gevonden. Ook de gang der operatie maakte dit a priori reeds onwaarschijnlijk. Eerst op 't einde der operatie, bij 't afbinden en doorsnijden van den ureter, kwam er wat etter te zien, die gemakkelijk en dadelijk kon worden weggewischt en, zooals bij de sectie bleek, dan ook plaatselijk geen enkel infectie-symptoom had opgewekt. Evenmin werd er iets gevonden van een ontstekingsinfiltraat in de nabijheid van de stomp.

Duidelijker is daarentegen de samenhang tusschen den noodlottigen afloop en de narcose. Wij hadden eene patiënt met een ziek hart en twee zieke nieren. De rechter nier, ofschoon reeds op weg om het voorbeeld der linker te volgen, had tot nog toe aan de eischen van het organisme kunnen voldoen, gesteund door het hypertrophische hart.

Door James Israel o. a. is er op gewezen, dat na operaties op één nier reflectorisch de urine-secretie uit de andere nier tijdelijk kan worden onderdrukt — en niet alleen door operaties, maar ook zelfs door niersteen-kolieken of een acute hydronephrose aan ééne zijde. Deze factor, de reflectorische onderdrukking van de functie

der achterblijvende nier, mag in mijn geval niet over 't hoofd gezien worden. De invloed, dien chloroform- of aether-narcose op het nier-parenchym kan uitoefenen, kan niet worden geloochend, al willen wij hier nu in 't midden laten, hoe *dikwijls* dit wordt waargenomen. Voor het zieke nier-parenchym geldt die invloed in dubbele mate, en die invloed stijgt met den duur der narcose, met de hoeveelheid verbruikten chloroform. Ook op een ziek hart werkt een langdurige narcose nadeelig — er is niemand, die dit bestrijdt. Onze patiënte verkeerde dus met haar zieke nieren en haar zieke hart tegenover een narcose van ruim anderhalf uur in de meest ongunstige positie. De hartverlamming uitte zich dan ook reeds zèer spoedig door de hooge pols-frequentie, de gestoorde nier-functie (zij het dan ook gedeeltelijk onder den invloed der hartsparalyse), door de geringe hoeveelheid urine — 490 cc. in het eerste, 360 cc. in het tweede etmaal — die overigens chemisch en microscopisch niet veel verschilde bij de urine vóór de operatie. De temperatuursverhooging mag hier buiten beschouwing blijven: zij wordt voldoende verklaard door het absces in de achtergebleven nier en bovendien wordt zij bij acute nephritis ook gevonden.

Uit deze overwegingen meen ik het recht te hebben den chloroform in dit geval als de doodsoorzaak te beschuldigen.

Ten slotte mag de vraag niet onbeantwoord blijven: was dan in dit geval de nephrektomie gewettigd? Het antwoord hierop mag m. i. bevestigend luiden. Dat de linker nier ziek was, zóó ziek, dat hare functie niet meer in aanmerking kwam, mocht uit de waargenomen kolossale verandering veilig worden aangenomen. Dat de rechter nier *gezond* was, bleek niet; zelfs was dit niet waarschijnlijk, omdat bij tuberculose van ééne nier de andere meestal, ofschoon niet altijd, ook tuberculeus is. Maar voorloopig bleek haar functie voor de patiënte voldoende te zijn. Door de exstirpatie der linker werd aan de rechter geen grooter taak opgelegd. In dit opzicht was dus de operatie aan geen bedenking onderhevig; al kon aan de patiënte geen volledig herstel gegarandeerd worden — in ieder geval zou zij door de operatie den tijd, die haar nog restte, eerder verlengd en verlicht zien dan omgekeerd. Het eenige, maar groote gevaar, dat haar dreigde, was de narcose. Zonder algemeene narcose een grooten nier-tumor te exstirpeeren zou echter aan den grootsten cocaïne-virtuoos zwaar vallen — en aan het slachtoffer nog zwaarder! Bij het hopelooze van den toestand mocht deze kans dus gewaagd worden: de zieke organen delfden, helaas, het onderspit tegenover den chloroform.

Mei 1894.

DE LOSLATING VAN DE NORMAAL GELEGEN PLACENTA TIJDENS DE ZWANGERSCHAP,

DOOR

Dr. G. C. NIJHOFF.

In Februari jl. is door Dr. J. J. C. A. Rombach te Leiden, onder bovenstaanden titel, eene dissertatie verdedigd, die, behalve de beschrijving van een aantal gevallen, uit de literatuur verzameld, en van één geval in de Leidsche kliniek waargenomen, eenige opmerkingen over de aetiologie, de pathologische anatomie, de diagnose en de symptomen, en over de prognose en therapie dezer afwijking. bevat. Het verschijnen dezer dissertatie en het zeer onlangs verschenen zijn van eene studie van O. v. Weiss [1]) over hetzelfde onderwerp, geven mij aanleiding om in het kort den stand van het vraagstuk, hierop betrekking hebbende, te bespreken. De mededeeling van een geval, door mij zelf waargenomen, ga hieraan vooraf.

Mevr. X., eene jeugdige primigravida, (laatste menstruatie 14—17 Nov. '86) werd door mij den 10en Augustus '87 in vollen welstand gezien. Den 11en des voormiddags te 9 uur word ik bij haar geroepen. Zij klaagt over heftige pijn, vooral aan de rechterzijde van den buik en verliest bloed uit de scheede. Zij is gejaagd en angstig. De slijmvliezen zijn, in contrast met den vorigen dag, bleek, de huid is geheel ontkleurd, wasachtig, de extremiteiten zijn koud, de huidwarmte is verminderd, de pols belangrijk versneld (116—120). In het bed zijn de lakens door eene, betrekkelijk geringe hoeveelheid bloed gedrenkt.

De buikwand is vrij sterk gespannen. Daar doorheen is de harde en vrij gelijkmatig uitgezette baarmoeder goed, kindsdeelen zijn onduidelijk te voelen. Aan de rechterzijde is de baarmoeder pijnlijker dan links en voelt zij wat weeker aan. Harttonen zijn nergens te hooren. Bij inwendig onderzoek blijkt, dat de portio vaginalis nog niet geheel verstreken is — het halskanaal is ongeveer 2½—3 cm. lang — door het ostium internum voel ik de gladde, *matig gespannen* vochtblaas. Eene matige hoeveelheid vloeibaar bloed vloeit aanhoudend uit de cervix uteri. Duidelijke samentrekkingen

---

[1]) Archiv. f. Gyn. Bd. XLVI. Hft. 2. 1894. Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta.

der baarmoeder zijn niet te constateeren. Ik tamponneer de vagina voorloopig met sublimaat-watten, bij gebrek aan iets anders, daarna met jodolgaas. Gedurende het verdere gedeelte van den dag wordt de algemeene toestand niet slechter, door den tampon komt een weinig bloed te voorschijn. De nacht wordt vrij rustig doorgebracht. Den volgenden dag verwijder ik des middags te 12 uur het gaas, dat een zoeten bloedgeur verkregen heeft, en onderzoek ik opnieuw inwendig. De cervix uteri is nu verstreken, het ostium externum ongeveer 1½ cm. geopend, daarin een *matig* gespannen vochtblaas. De bloeding is nu opgehouden. De algemeene toestand van de patiënte is beter geworden, de pols is minder snel (108), de extremiteiten en de neus zijn minder koud. De pijnlijkheid rechts is verminderd. Weeën zijn nog slechts zwak.

Des namiddags status idem, geen inwendig onderzoek.

Des avonds te 10½ uur voelt patiënte, dat er iets „knapt", en vocht afloopt, hetgeen ongekleurd vruchtwater blijkt te zijn. De baarmoedermond is nu 3—4 cm. geopend, in het ostium is de behaarde huid van het hoofd te voelen. Het staat diep in het bekken, kl. fontanel links; het achterhoofd is zeer ver onder de wandbeenderen verschoven, de naden zijn wijd, de schedelbeenderen liggen vrij los over elkaar. Geen afvloeien van meconium. Om 11.30 is de ontsluiting volkomen en wordt de schedel langzamerhand in de vulva gedreven. De schedelbeenderen „schlottern". Bij het verder geboren worden, vloeit uit den neus helder sereus vocht af. De hoeveelheid vruchtwater is uiterst gering. De vrucht is reeds eenigen tijd afgestorven. De cornea is troebel, aan het scrotum is eene suggillatie, hier en daar laat de opperhuid los. Het kind maakt den indruk van voldragen te zijn.

Korten tijd na de geboorte van het kind wordt, bij het wrijven van den fundus uteri, eene groote hoeveelheid *zwart*, *geronnen bloed* uitgedreven (getaxeerd op 700—800 gram). Bij verdere drukking komt de placenta naar buiten, met gave eivliezen, het chorion is overal met eene *dunne* laag decidua bedekt. De placenta is bleek, glad van oppervlakte, volmaakt gaaf en in grootte met de ontwikkeling van het kind overeenstemmend. De opening in de eivliezen is aan den eenen kant 14—15, aan den anderen 6—7 cm. van den rand der placenta verwijderd.

Hieruit blijkt, dat zonder het voorafgaan van eenig trauma, waarschijnlijk in den slaap, eene vooral inwendige, voor een deel uitwendige bloeding, tengevolge van het loslaten der normaal geïnsereerde placenta is ontstaan, die tot den dood van het kind heeft geleid. Hoewel geen onderzoek der urine heeft plaats gehad, mag worden aangenomen, dat geen nephritis te voren bestond, daar de patiënte tot op het

oogenblik der loslating van de placenta in blakenden welstand verkeerde, en nergens eenige oedemen vertoonde. Uitwendig waren noch aan de placenta, noch aan de decidua afwijkingen te zien.

Na de uitdrijving der placenta contraheerde de uterus zich goed, het kraambed bood geene afwijkingen van beteekenis aan. Slechts gevoelde zich pat. nog langen tijd zwak, tengevolge van de anaemie door het aanzienlijke bloedverlies. Na een jaar beviel zij van een levend voldragen kind, en sinds dien tijd nog driemaal zonder dat in eenige zwangerschap nephritis bestond (toen bleek de urine telkens vrij van eiwit) of aan de placenta anomaliën te bespeuren waren.

Aan dit geval kan ik aansluiten de mededeeling van het volgende, dat ik slechts gedeeltelijk kon waarnemen.

Door een collega werd ik ter assistentie geroepen bij eene dame, die reeds vier maal geaborteerd had, terwijl zij bij elke zwangerschap oedemen had gehad. Thans was zij weder zwanger, had weder oedemen met albuminurie, maar scheen door rust het einde der zwangerschap ongeveer bereikt te hebben. Den vorigen dag was zij echter plotseling onwel geworden, had zij bloed verloren en gevoelde zij zich zeer zwak. In den morgen was vruchtwater afgevloeid en een voetje uitgezakt. Des avonds assisteerde ik den collega bij de extractie van een doode, ook reeds eenigszins gemacereerde vrucht, waarop bijna onmiddellijk de placenta *met veel zwarte coagula* volgde. Deze placenta bevatte 4 witte infarcten.

Wanneer de placenta, op de normale wijze, geïnsereerd is in het bovenste gedeelte van het corpus uteri en op één of ander tijdstip van de zwangerschap, door de ééne of andere oorzaak, loslaat, zal in den regel bloeding ontstaan tusschen de losgelaten placenta en den baarmoederwand. De vaten, die van de baarmoeder naar de placenta verloopen, zullen verscheuren. Aan den anderen kant zal eene bloeding tusschen placenta en baarmoederwand, door de vorming van een retroplacentair haematoom, tot verdere loslating en verdere bloeding aanleiding kunnen geven. Wanneer het uitgestorte bloed in het geheel geen uitweg kan vinden, zal het zich tusschen placenta en baarmoederwand ophoopen, eene *inwendige bloeding* vormen; wanneer het geheel of gedeeltelijk naar buiten, tusschen de decidualagen, kan afvloeien, zal eene meer of min belangrijke *uitwendige bloeding* worden waargenomen, die nu eens gepaard gaat met een graad van anaemie, die beantwoordt aan het bloedverlies, dan eens vergezeld wordt door zóó hevige en dreigende verschijnselen van acute anaemie en collaps, dat zij niet verklaard worden door de

betrekkelijk geringe hoeveelheid bloed, die naar buiten is gekomen, maar de onderstelling wettigen, dat tevens een inwendige bloeduitstorting heeft plaats gehad.

De *hoeveelheid* bloed, die wordt uitgestort tusschen de placenta en den baarmoederwand zal uit den aard der zaak verschillend zijn. Zij is in de allereerste plaats afhankelijk van de drukking, waaronder het bloed uit de vaten stroomt, en de tegendrukking, die het uitgestorte bloed van den baarmoederwand en den eizak ondervindt. Is de eerste grooter, dan blijft het bloed uit de vaten vloeien, wordt daarentegen de spanning tusschen baarmoederwand en ei zóó groot, dat het uitgestorte bloed onder dezelfde drukking staat als het stroomende bloed, dan zal de bloeding, volgens de wetten der hydrostatica, ophouden. Daar echter bloed stolt, wanneer het niet meer met den gezonden vaatwand in aanraking is, en deze stolling zich tot in de vaten zal voortzetten, bestaat de mogelijkheid, dat hierdoor de bloeding ophoudt, voordat de hydrostatische drukking buiten en binnen de vaten gelijk is geworden. Echter is meestal de bloeding vrij hevig, daar gedurende de zwangerschap, dus vóór dat er weeën zijn, de baarmoederwand kan uitwijken voor de drukking van het uitgestorte bloed. Dan behoeft bij een belangrijke intra-uterine *bloeding* niet eens de intra-uterine *drukking* te zijn toegenomen, zooals het geval van Geyl[1]) leert, terwijl ook in het door mij waargenomen geval slechts een *matige* spanning der vochtblaas aangetroffen werd. Dat dan een echte circulus vitiosus aanwezig is, behoeft wel geen betoog. Door de loslating der placenta ontstaat bloeding uit de utero-placentairvaten, door de bloeding wordt de placenta verder losgewoeld, en door de nu ontstane verdere loslating ontstaat weer nieuwe bloeding. Slechts het verhoogen der spanning in de baarmoeder, het ontstaan van weeën kan dezen vicieuzen cirkel verbreken.

Als het bloed tusschen den baarmoederwand en de eivliezen kan afvloeien, zijn de verhoudingen in dit opzicht gunstiger, daar dan het retroplacentaire haematoom ontbreekt, dat de placenta verder loswoelt, hoewel aan den anderen kant ook minder spoedig het hydrostatisch evenwicht kan hersteld worden.

Moeilijk te verklaren zijn die gevallen, waarin de vroegtijdige loslating der placenta tot stand komt, zonder bloeding. Het klinische beeld, dat de vrouw dan aanbiedt is natuurlijk geheel anders, daar alle verschijnselen van anaemie ontbreken. Een schoon geval van dien aard werd door Münchmeyer[2]) medegedeeld, waar de pla-

[1]) Dit Tijdschrift Dl. IV. p. 28. 1890.

[2]) Archiv f. Gyn. Bd. XXXIII. p. 458. 1888. Ueber den Vorfall der Nachgeburt bei regelmässigem Sitze derselben.

centa, die oorspronkelijk op de normale plaats gelegen was, gedurende de baring meer en meer prolabeerde en ten slotte vóór het kind geboren werd, zonder dat de vrouw een druppel bloed verloor vóór de uitdrijving der vrucht. In een tweede geval prolabeerde bij tweelingzwangerschap na de geboorte van het eerste kind, maar vóór die van het tweede, de placenta van het tweede kind, en was zij dus losgegaan, terwijl die van het eerste kind nog op hare plaats lag. Het is jammer, dat Dr. Rombach in zijne dissertatie van deze gevallen [1]) geen melding gemaakt heeft, daar zij aantoonen, dat loslating der placenta zonder bloeding, ook bij een levende vrucht, aan het einde der zwangerschap, bij normale zitplaats der placenta mogelijk is, en de eivliezen zoodanig intra uterum kunnen verschoven worden, dat de placenta in de scheede prolabeert. Uit een klinisch oogpunt zullen echter deze gevallen eene andere beteekenis hebben, daar zij eerst tijdens de baring, bij ruime ontsluiting zullen kunnen worden waargenomen, en voor de vrouw onbedenkelijk zijn.

Dat zijn de, als ik ze zoo mag noemen, *typische* gevallen van vroegtijdige loslating der placenta echter allerminst. De bloeding is in sommige gevallen zóó hevig, dat de vrouw binnen enkele uren, soms onverlost, sterft. Een paar gevallen, in de dissertatie van Dr. Rombach vermeld, mogen dit illustreeren:

Geval II (van A. C. Baudelocque [2])). De patiënte, ruim 7 md. zwanger en multipara werd sedert eenige dagen gekweld door hevige hoestbuien, gevolgd door pijnen in den buik, die 12 uur aanhielden. Toen verloor pat. het bewustzijn en succombeerde zij na eenige uren. Onmiddellijk na den dood werd sectio caesarea verricht. Bij het openen van den fundus uteri ontlastte zich een stroom zwart, niet gecoaguleerd bloed, ongeveer $1^1/_2$ Liter. Tusschen placenta en uterus-wand nam men een groote holte waar. Uterus-ruptuur bestond er niet. Het kind leefde nog, maar stierf spoedig.

Geval VI (van Hennig). Vr. V., 42 jaar, multipara, ruim 6 md. zwanger, verloor op een gegeven oogenblik het bewustzijn en klaagde, na weder bijgekomen te zijn, over hevige buikpijn, gepaard gaande met braken en diarrhee. Haar gezicht was koud en bleek, de pols klein en weinig frequent. Bij het uitwendig onderzoek bleek, dat de fundus uteri tot aan den ribbenboog stond. Kindsbewegingen waren niet waar te nemen. De frequentie van de foetale harttonen bedroeg 80. Inw. ond. Het ostium externum en internum lieten den

---

[1]) Men vindt ook een geval van prolapsus placentae bij normale zitplaats vermeld in Scanzoni's handboek IV. Aufl. Dl. II p. 560. 1867.

[2]) Ik volg hier de serie van Dr. Rombach.

vinger door. Naast den schedel was links een handje te voelen. Gedurende 6 uur veranderde de toestand weinig. De pols was wat frequenter geworden, foetale harttonen waren toen niet meer te hooren. Na $^{3}/_{4}$ uur stierf de vrouw onder hevige krampen.

Onmiddellijk werd sectio caesarea gedaan. Het kind was dood. De vliezen waren niet gebroken. De placenta zwom geheel los in een groote bloed-massa, waarvan bij het leven der vrouw geen druppel door het ostium was gekomen. De lengte van de vrucht bedroeg 40 cm., het gewicht 1425 gram, het vruchtwater was helder.

Nog vier andere vrouwen (gevallen van Me Henry I, Winter IV [1]) Maygrier en Pinard-Varnier) stierven in zeer korten tijd onverlost.

De andere 5 van de 11 vrouwen, bij wie de loslating der placenta door den dood gevolgd werd (van de 26 gevallen, die Dr. Rombach beschrijft) stierven kort na de baring. Merkwaardig, vooral in verband met de aanstonds medetedeelen gevallen van O. v. Weiss is, dat in 4 van de 5 gevallen *atonie* werd waargenomen.

Geval I (van J. C. Baudelocque). Hier wordt medegedeeld, dat de patiënte 5 uren post partum succombeerde, zonder dat de causa mortis in de dissertatie van Dr. Rombach wordt opgegeven. In de hollandsche vertaling van Baudelocque's handboek door A. Soek (Dordrecht 1790) Dl. III. bl. 15 (aant.) staat echter het volgende, dat m. i. het aannemen eener belangrijke *atonie* wettigt: „Bij mijn komst deed zich reeds de uitdrijvende werking der baarmoeder gevoelen, en de mond van dit ingewand begon zich te openen. Nauwelijks had dit deel zich ontsloten of de weeën, schoon dezelve gering waren, dreven eene menigte zwartachtige en weeke klompen geronnen bloed naar buiten, zoo, dat de bol van eenen manshoed die hoeveelheid niet zoude hebben kunnen bevatten. Het bloed vervolgens blijvende afvloeien, het gevaar vergrootende, en er weinige hoop overschietende om die vrouw, door de verlossing uittestellen, bij het leven te behouden, deeden mij besluiten om de verlossing te verhaasten. Ik verloste haar dierhalven, in het bijzijn van twee Heelkundigen, welken vóór mij geroepen waren; maar te vergeefs! Het kind leefde slechts een oogenblik na deszelfs geboorte en de lijderesse stierf vijf uren daarna, aan bovenmatige flauwten, *en geweldige opstijgingen* der baarmoeder, welke toevallen door niets voor te komen of te matigen waren."

Geval IV (Goodell). De uterus contraheerde zich, niettegen-

---

[1]) Onder Henry II versta ik het tweede geval door Mme Henry, onder Winter IV, het vierde geval door Winter waargenomen. Wanneer geen bron vermeld wordt, behooren zij tot de 26, die in Rombach's dissertatie beschreven zijn.

staande alle aangewende middelen niet. Er had echter geen verdere bloeding plaats, daar patiënte geheel uitgebloed was.

Geval IX (Grapow [1])): „De doode foetus werd gemakkelijk met de forceps geëxtraheerd. De nageboorte, waaraan niets ontbrak, volgde onmiddellijk van zelf, alsook eene groote hoeveelheid geronnen bloed. De uterus contraheerde zich niet. Eene hevige bloeding trad weder op. De uterusholte werd met jodoformgaas getamponneerd. Inwendig werden excitantia gegeven. Pat. succombeerde na korten tijd."

Geval XVII is het door Geyl in dit Tijdschrift beschrevene geval. Hoewel Geyl zeker terecht den plotselingen dood der vrouw aan een embolus toeschrijft, maakt hij toch duidelijk melding van atonie. „In korten tijd waren kind, benevens placenta en bloedcoagula naar buiten gebracht. Pat. was weinig aangegrepen, maar de uterus contraheerde zich niet. Compressie van de buikaorta. De bloeding hield op, de uterus contraheerde zich goed, echter niet bij voortduring. Bij 't ophouden der aorta-compressie begon weder de bloeding en bleef de contractie weg. Tamponnade der uterusholte met sublimaatgaas. Onder deze bewerking stierf pat. Zij was onder de handen van den medicus weggesprongen, schreeuwende dat zij het zoo benauwd had, en was een oogenblik daarna een lijk."

Geval XXI (van Pinard uit de Thèse van Dumarcet): „De uterus contraheerde zich niet, druppelsgewijze vloeide nog steeds bloed uit de vagina. Een zeer warme uterusirrigatie werd verricht. De toestand der patiënte werd voortdurend ernstiger, en niettegenstaande alle pogingen tot haar behoud aangewend, stierf zij te 1 uur 's nachts."

Ik laat hierop volgen de korte mededeeling van de sterfgevallen, die O. v. Weiss [2]) waarnam. v. Weiss refereert over 8 gevallen uit de Weener klinieken. 4 Vrouwen stierven. Ik voeg aan de beschrijving dezer sterfgevallen toe, die van een geval, waar de vrouw door laparotomie gered werd.

Geval III. Der Frucht folgten sofort Coagula und Blut in Massen. Manuelle Entfernung der gelöst im Uterus liegenden Placenta und grosser Blutcoagula.

Gewogene Blutmenge beträgt 1950 Gr. Uterus *contrahirt*, Blutung steht, prophylaktisch Jodoformgazetamponnade des Uterus, die Placentarinsertion findet sich links vorne. Ergotin subcutan, Druckverband, Aetherinjection.

---

[1]) Centr. f. Gyn. 1892. p. 550. (in Dr. Rombach's dissertatie wordt de bron niet vermeld).

[2]) Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Arch. f. Gyn. Bd. XLVI. Hft. 2. 1894.

Da der Puls sich nicht hebt, subcutane Infusion von 250 gr. Kochsalzlösung.

1/4 3 Uhr. Subcutane Infusion von 400 gr. Kochsalzlösung. Einwickelung der Extremitäten. Hochlagerung des Bettendes, Collaps, Künstliche Respiration. Exitus lethalis.

Geval IV. Die Gebärende, welche mit subnormaler Temperatur und kaum fühlbarem Pulse auf die Klinik gekommen, verfällt schnell, und tritt trotz Aetherinjectionen, Autotransfusion, subcutaner Infusion 0.6 proc. Kochsalzlösung etc., nach wenigen Minuten der Tod ein.

Bij sectie bleek: Hochgradige Anämie aller Organe etc. Der Uterus gross, schlaff, seine Cervix für 2 Finger bequem durchgängig, etwa 5 Cm. lang, das untere Uterinsegment von der das Orificium verlegenden Placenta erfüllt, die Eiblase collabirt, enthält eine nahezu reife Frücht mit etwas macerirter Epidermis. Die Placenta vollständig losgelöst, die Eihäute um das Orificium internum gefaltet, doch zeigt sich nach Zurückschlagen derselben, dass das untere Uterinsegment oberhalb des Orificium internum etwa in der Ausdehnung von 4—5 cm. von einer dünnen Decidua ausgekleidet ist, darüber an der Innenfläche des Uterus und zwar an seiner hintern und linken Wand, die von weiten Gefässen durchsetzte Uterussubstanz (Placentar-insertion) blossliegend. Vorne und im Fundus ebenfalls Decidua vorhanden.

Geval VII. Placenta folgt der Frucht unmittelbar, dann viel flüssiges Blut und Coagula. *Uterus contrahirt sich schlecht*, Blutung dauert an, Jodoformgazetamponnade des Uterus. Subcutane Injection von Ergotin und Infusion von 500 gr. 0.6 proc. Kochsalzlösung. Blutung dauert in mässigem Grade an, die Anämie nimmt stetig zu; trotz aller Analeptica und wiederholter subcut. Kochsalzinfusion stirbt Pat. 11 3/4 Uhr. Vorm. an Verblutung.

Geval VII. Unmittelbar nach dem ausgeführten Blasensprung 30.1. 11 Uhr. Vorm. tritt die 1400 gr. schwere Frucht aus, auf Druck folgt ihr unmittelbar die vollkommen gelöste Placenta und Massen theils flüssigen, theils in Klumpen geronnenen Blutes (gewogene Menge 1800 Grm).

Die Blutung dauert *bei grosser Weichheit des Uterus* unvermindert fort und wird, da die anderen Mittel versagen, der Uterus mit Jodoformgaze exact tamponnirt dann massirt.

Nach kurzem Stillstande, d. h. sobald der Tampon durchtränkt war, tritt wieder Blutung ein und bleibt auch eine neue exact durchgeführte Tamponnade erfolglos.

Die Blutung dauert an, die Anämie nimmt trotz aller Analeptica zu, Ohrensausen und Convulsionen treten ein, daher führt Dr. Kof-

fer die Laparotomie aus und sistirt die Blutung, sobald der Uterus in der elastischen Schlinge liegt.

Amputation des Uterus, extraperitoneale Versorgung des Stumpfes nach Eingiessen von 800 Gr. 0.6$^{0}/_{0}$ Kochsalzlösung in die Bauchhöhle. Das asphyktisch geborene Mädchen stirbt 1. St. p. p.

Der sub partu mit dem Katheter entnommene Harn erweist sich als eiweissfrei, eben so der in Puerperium untersuchte Harn.

Puerperium fieberlos, etc.

Geval VIII. Wenige Minuten nach der Wendung erfolgt bei der ersten, deutlichen Wehe die Extraction der frischtodten Frucht (weibl. Geschl. 3000 grm. 52 cM.), dem Fruchtkörper stürzt eine ungeheure Menge meist flüssigen dunklen Blutes nach.

Die Placenta liegt vollkommen gelöst im Uterus, wird manuell entfernt; wegen ungeschwächter Fortdauer der Blutung wird nach intra-uteriner Irrigation mit Kalium permanganatum, der Uterus mit Jodoformdocht sorgfältig tamponirt, Ergotininjectionen, Massage, Einwickelung der Extremitäten mit elastischen Binden, Tieflagerung des Kopfes, Campher-Injection. Stets sickert trotz Massage etwas flüssiges Blut durch den Tampon. Analeptica per os werden verweigert und erbrochen. Sherryklysmen gehen met Fäkalien gemischt wieder ab. Subcutane Infusion von 0.6 proc. Kochsalzlösung in Dosen von 50, 50, 40, 60 und 30 Grm.

Die schweren Erscheinungen höchster universeller Anämie schwinden nicht, 2$^{1}/_{2}$ Stunden p. p. tritt Dyspnoë mit hochgradiger Excitation ein, eine halbe Stunde darauf, 4 Stunden nachdem Patiëntin (blühend aussehend) das Kreiszimmer betreten, Exitus.

Van de patiënten, die v. Weiss beschrijft, stierf dus ééne bij gecontraheerden uterus aan collaps, twee stierven aan verbloeding bij atonia uteri, van eene werd, bij atonie, het leven gered door de amputatio uteri.

Het bovenstaande zij voldoende om aan te toonen, dat *loslating der normaal gelegen placenta, vóór de baring, wel is waar enkele malen zonder bloeding tot stand komt, maar meestal gepaard gaat met eene inwendige resp. uit- en inwendige bloeding, die soms matig is, maar ook zóó hevig kan zijn, dat zij den dood der vrouw vóór de baring bewerkt, terwijl in andere gevallen na de baring, meestal door atonische nabloeding het leven der vrouw bedreigd of beëindigd wordt.*

Wij behoeven ons hierover niet te verwonderen. Het causaalverband tusschen loslating der placenta, inwendige bloeding ante en atonische bloeding post partum is duidelijk voor die gevallen, waar wij recht hebben om aan te nemen, dat van den aanvang af de baarmoeder niet bij machte is om zich behoorlijk samen te trekken. Bij het bespreken der pathologische anatomie zullen wij kunnen zien, hoe

het anatomisch substraat van enkele dezer gevallen tevens de verklaring der feiten bevat.

Het gevolg dezer inwendige bloeding zal in de allereerste plaats zijn, dat het geheele organisme teekenen van anaemie vertoont. De *verschijnselen der acute anaemie* beheerschen het ziektebeeld. Daarbij komen dan nog twee symptomen, die het vaststellen der diagnose gemakkelijk maken.

De meeste vrouwen, (ook mijne patiënte), klaagden, voordat de verschijnselen van acute anaemie op den voorgrond traden, over min of meer *heftige pijn* in den buik, en wel aan die zijde, waar de placenta losliet, terwijl òf zij zelf òf de waarnemer eene belangrijke *vergrooting* van de baarmoeder konden constateeren. Ik kan de verzoeking niet weerstaan de fraaie beschrijving van Baudelocque [1]) te citeeren.

„Deze vrouw gevoelde, nadat zij eene groote wandeling had „gedaan, *dove pijnen omtrent den bodem der baarmoeder, en in „de lenden*, welken den geheelen nacht voortduurden, dezelven „bij die pijnen vergelijkende, die zij gewoon was vóór de ver-„schijning der maandstonden te gevoelen. In den morgen naar „gewoonte opgestaan zijnde, werd zij, door groote en gedurige „flaauwten, alsmede door de vrees, dat haar eene groote storting „zoude overkoomen, omdat zij een weinig waterachtig bloed ont-„lastede, eenige uuren daarna, en wel omtrent tien uuren voor-„middag, genoodzaakt zich weder naar het bedde te begeven. „Haar zwakke en magtelooze toestand; de bezwijmingen, welken „elkander elk oogenblik opvolgden; de bleekheid en vervalling „van het aangezicht, in geene vergelijking kunnende gebragt „worden met de geringe hoeveelheid bloeds, welke zij ontlast „had, omdat er naauwelijks drie oncen gestort, en eenige doeken „er slechts even door bevogtigd waren, deeden mij *eene in-„wendige bloedstorting* vreezen: de *schielijke toeneming van den „omtrek der baarmoeder* sints den avond te vooren, hetwelk „mij door die vrouwe zelve en door haare naastbestaanden werd „berigt, versterkte mij in dit vermoeden, hetwelk welhaast „door nieuwe verschijnsels bevestigd werd. De baarmoeder dezer „vrouwe was zoo danig in omtrek toegenomen, dat men, op „het eerste gezicht, de zwangerheid aan haar uitterste tijdperk „schatten moest, terwijl men veel eer het vermoeden konde „opvatten, dat de baarmoeder twee kinderen in plaats van één „kind in zich besloot, schoon de vrouw zich ten hoogste in de

[1]) Volgens de vertaling van Soek l. c. Dl. III p. 14, 15. Ik kan mij niet begrijpen, dat Dr. Rombach dit een kort en onvolledig beschreven geval noemt.

„zevende maand der dragt bevond, en zij, vóór dit toeval, naauw-„lijks zwanger scheen te zijn."

Eindelijk zal nog een laatste verschijnsel de diagnose, zoo die niet reeds gemaakt is, kunnen bevestigen.

Het spreekt van zelf, dat de vrucht sterft, korten tijd nadat de placenta geheel of grootendeels is losgegaan. Het ontbreken der foetale harttonen, bij eene vrouw, die kort te voren nog een levende vrucht bij zich droeg, zal dus eene belangrijke symptomatische beteekenis hebben, al bewijzen ook enkele gevallen, o. a. dat van Baudelocque en dat, waar Koffer de amputatio uteri verrichtte, dat de kinderen nog levend geboren kunnen worden, mits de loslating der placenta tot een gedeelte beperkt blijve, of onmiddellijk na de loslating de vrucht geboren worde.

Goodell [1]) heeft indertijd (1869) 105 gevallen verzameld, en één zelf waargenomen geval medegedeeld.

Van 106 moeders waren verreweg de meeste meerbarende, vooral veelbarende vrouwen.

54 Moeders stierven, waarvan 41 onverlost en van deze 25 voordat de vliezen gebroken waren. Slechts zes van de 107 kinderen, kwamen levend ter wereld (waarvan 1 door sectio caesarea). Van de moeders, die in leven bleven, herstelden zich enkele eerst langzaam, andere nooit geheel van het zware bloedverlies.

Terecht teekent v. Weiss [2]) hierbij aan: „Aus solchen Daten geht zur Genüge hervor, dass die Geburtshülfe kaum einen bösen Zufall von ähnlich schwerer Bedeutung für Mutter und Kind kennt."

Wat is nu echter de oorzaak van dezen „bösen Zufall"?

Om deze vraag te beantwoorden moeten wij teruggaan tot het primaire accident, dat den hierboven beschreven circulus vitiosus doet aanvangen. Dit kan zijn van tweeërlei aard. Of er heeft eene verschuiving plaats tusschen placenta en uterus-wand, zoodat utero-placentair-vaten verscheurd worden [3]), — òf eene (misschien maar geringe) bloeding is het primaire accident, dat tot loslating der placenta en nieuwe bloeding aanleiding geeft.

Ongetwijfeld zal in de meeste gevallen, onverschillig of een trauma al of niet is voorafgegaan, het laatste gemakkelijker tot stand komen, dan het eerste en ik zou niet aarzelen als primair accident *steeds* aan te nemen eene bloeding in de decidua serotina, wanneer niet het geval van Münchmeyer bewees, dat ook zonder bloeding

---

[1]) Geciteerd bij v. Weiss. l. c. [2]) l. c. p. 259.

[3]) Of niet, zooals in het geval van Münchmeyer.

(maar ook zonder bekende oorzaak) de placenta van de plaats harer insertie verschoven kan worden, en in een der gevallen, door Dr. Rombach vermeld, relatieve kortheid der navelstreng als oorzaak der solutio placentae werd aangenomen (geval van Pinard-Varnier). In dit geval was de navelstreng wel is waar 35 cm. lang, maar over een lengte van 21 cm. om de vrucht heengeslagen, zoodat zij met een lengte van 14 cm. tamelijk gespannen tusschen de vrucht en de placenta verliep. De mogelijkheid is dus niet uitgesloten (hoewel m. i. niet *meer* dan de *mogelijkheid* mag worden toegegeven), dat bij eene heftige beweging van den foetus zóó sterk aan de placenta getrokken werd, dat zij van hare insertie los geraakt was.

Voor de meeste gevallen moeten wij dus zoeken naar eene oorzaak, die eene, zij het ook geringe bloeding tusschen placenta en uteruswand heeft kunnen bewerken.

Dat dit een trauma *kan* zijn, spreekt van zelf.

Heftige hoestbuien (A. C. Baudelocque, Hennig); schrik (bij het schaatsenrijden, E. Martin), (Hegar); zware arbeid (Netzel) een val (Goodell) kunnen ongetwijfeld bloedingen veroorzaken; maar dit is ook ongeveer de geheele oogst van traumata, die uit de dissertatie van Dr. Rombach kan verzameld worden, terwijl ook Freudenberg [1]), (in een geval, dat door Dr. Rombach niet vermeld wordt), meent, dat de oorzaak in heftige inspanning bij het wasschen moet worden gezocht. Daarentegen acht ik het gewaagd om in het geval van J. L. Baudelocque aan de lange wandeling, of in het geval van Maygrier aan het gaan zitten op een bidet de loslating der placenta te wijten.

Bovendien wordt in de meeste gevallen niets van eenig trauma vermeld. Hier moet dus de oorzaak gezocht worden in zoodanigen toestand òf van de utero-placentairvaten, òf van de decidua òf van de placenta, dat, ook zonder eenige uitwendige oorzaak van beteekenis, eene bloeding tot stand kan komen, en hebben wij dus te denken aan eene *haemorrhagische diathese*, of aan pathologische veranderingen van localen aard, òf moeten wij de gevallen vooralsnog onverklaard (maar daarom nog niet onverklaarbaar) achten.

Drie der gevallen uit Dr. Rombachs dissertatie doen aan een haemorrhagische diathese denken.

In Varnier's geval waren heftige neusbloedingen voorafgegaan. Häberlin's en Rosenberg's gevallen kwamen voor bij Morbus Gravesii (Basedowi) [2]), naar aanleiding waarvan Hä-

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. XXVII. p. 485. 1885.
[2]) Ook Benicke (Centr. f. Gyn. 1885 p. 107) maakt melding van een geval bij Mb. Basedowi.

berlin [1]) noteert: „De neiging tot bloedingen bij Mb. Basedowi is bekend". Ik weet niet of Häberlin hiervoor bewijzen heeft, maar moet toch even herinneren aan de uitvoerige studie van Trousseau [2]), die als gevolgen van Mb. Gravesii wèl amenorrhoë en ook leukorrhoë vermeldt, maar allerminst bloedingen [3]). Waarschijnlijk zal dus de samenhang met deze ziekte wel op eene andere wijze moeten worden verklaard.

Van meer beteekenis is het feit, dat zoovele gevallen zijn waargenomen bij vrouwen, die aan *nephritis* leden.

Winter [4]) vestigde het eerst de aandacht op het verband tusschen solutio placentae en nephritis. Hij gaf, in de vergadering van de Berlijnsche Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie van 9 Jan. 1885, bericht over 3 gevallen, alle 3 met nephritis gecombineerd. Volgens het zittingsverslag wil hij „in der Nephritis, welche in 2 Fällen als Nephritis gravidarum, in einem als Nephritis parench. chronica sich verhielt, eine Aetiologie erblicken und glaubt, obgleich er vorläufig noch keinen pathologischen Grund für den Zusammenhang angeben kann, doch durch die Häufigkeit dieser Komplication dazu berechtigt zu sein".

Löhlein herinnerde in dezelfde zitting aan een geval, dat hij indertijd, ook bij een nephritica, waarnam, en waar hij den indruk verkreeg, dat de verhoogde *arterieele spanning*, de oorzaak, ten minste de praedisponeerende oorzaak der interne bloeding vormde, terwijl C. Ruge de aandacht vestigde op het veelvuldig voorkomen van bloedingen *in* de placenta van verschillenden datum, zonder dat van een nephritis eenig spoor gebleken was.

Behalve in de 4 gevallen van Winter werd solutio placentae in verband met nephritis ook waargenomen door Mme Henry, Varnier, en driemaal door Pinard (Dumarcet), dus negenmaal op 26 keer. Het is mogelijk, dat ook nog in eenige andere gevallen albuminurie bestaan heeft, maar m. i. gaat Dr. Rombach te ver, wanneer hij in geen der 11 gevallen, waar van nephritis niets vermeld wordt, (bij 7 wordt uitdrukkelijk vermeld, dat geen verschijnselen van nephritis aanwezig waren), nephritis durft uitsluiten. Onwaarschijnlijk is nephritis zeker wel bij zwangeren, die lange

---

[1]) Centr. f. Gyn. 1890. p. 459.

[2]) Clinique médicale T. II. p. 551.

[3]) Guttmann in Eulenburg's Reallexicon art. *Basedow'sche Krankheit* zegt hieromtrent ook: „Von den übrigen Organen sind es nur noch die weiblichen Genitaliën, welche häufig Functionsanomalien zeigen, indem die Menstruation sparsam, unregelmässig wird und zeitweise sistirt."

[4]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XI. 1885 en Centr. f. Gyn. 1885 p. 106, 107. Later publiceerde Winter nog een vierde geval in zijne „Zwei Gefrierschnitte durch Gebärende". 1889.

wandelingen maken (J. L. Baudelocque, Maygrier) of schaatsenrijden (E. Martin).

Dit neemt niet weg, dat nephritis betrekkelijk dikwijls gevonden werd, en korten tijd na Winter's voordracht meer en meer de aandacht is gaan trekken als aetiologisch moment.

Dit is vooral te danken aan eene voordracht, die Fehling [1]) in hetzelfde jaar in de gynaecologische sectie der Naturforscherversammlung te Straatsburg hield, waarin hij wees op het verband tusschen nephritis en afwijkingen in de placenta, de z. g. *witte infarcten* of *Fibrinkeile*, welke zoo dikwijls bij nephritis werden aangetroffen. Daarnevens werden dan oudere en jongere bloeduitstortingen aangetroffen, terwijl de placenta steeds klein, soms zelfs atrophisch was. Deze afwijkingen in de placenta kunnen leiden, zoowel tot het afsterven der vrucht door gebrekkige voeding, daar in de witte infarcten de chorion-vaten verstopt zijn, als tot vroegtijdige loslating, daar de bloedingen in de placenta begonnen, zich tusschen de placenta en den uterus-wand kunnen uitstrekken.

Het infarct der placenta komt echter niet steeds bij nephritis voor, maar ook bij andere toestanden (C. Ruge). Bovendien is het nog niet uitgemaakt en ook niet waarschijnlijk, dat *alle* infarcten hun oorsprong aan intra-placentaire bloedingen te danken hebben, en eindelijk dient verklaart te worden, hoe ook zonder infarct der placenta eene bloeding tusschen placenta en uterus-wand kan ontstaan.

Vindt men duidelijk haemorrhagische haarden *in* de placenta, die zich tot in de decidua uitstrekken (Pinard, Dumarcet, Varnier), dan is men zeker gerechtigd om aan deze bloedingen de solutio placenta te wijten, doch omtrent de oorzaak der bloeding zelve is men dan nog in het onzekere. Vandaar dat de talrijke onderzoekingen van de laatste jaren over den aard der veranderingen en de oorzaken van het infarct der placenta, en vooral het onderzoek van v. Weiss naar de anatomische veranderingen van decidua en uteruswand bij de vroegtijdige loslating der placenta ten volle de aandacht verdienen.

Uit de onderzoekingen van Rossier [2]), Rohr [3]), Fuoss [3]), Favre [3]), Steffeck [3]), Jacobsohn [4]) mag worden afgeleid, dat de infarcten hun ontstaan verschuldigd zijn, niet aan veranderingen in de foetale (chorion) vaten, maar aan veranderingen in de decidua, dat zij dus *niet van foetalen*, maar van *uterinen* oorsprong zijn. Daarbij spelen veranderingen in de bloedvaten de hoofdrol. Terwijl

---

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. XXVII. p. 300. 1885.
[2]) Arch. f. Gyn. Bd. XXXIII. p. 400. 1888.
[3]) Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI. p. 516. 1889.
[4]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX. p. 237. 1890.

Jacobsohn, op grond van onderzoekingen aan witte infarcten in placentae van volmaakt gezonde vrouwen, spreekt van eene hyaline degeneratie der decidua met daarop volgende necrose der chorionvlokken, en bloedingen als oorzaak uitsluit, houdt Fehling in eene tweede publicatie [1]) bij nephritis aan hun oorsprong uit bloedingen vast: „dagegen findet man bei den durch Nephritis hochgradig veränderten Placenten stets so zahlreiche Uebergänge von frischen Blutergüssen, die das Zottengewebe zerstören, wie eine apoplectische Lache im Gehirne, zu röthlichen, gelblichen, weissen Infarcten, dass über die Entstehung der weissen Infarcten *bei Nephritis* aus Blutungen kein Zweifel bestehen *kann*".

Uit deze onderzoekingen volgt, dat in laatste instantie aan eene afwijking *in de decidua*, hetzij van de vaten, hetzij van het deciduaweefsel zelf, de primaire bloeding bij de vroegtijdige loslating der placenta mag geweten worden; dus aan een ziekte-proces in het *endometrium*. Ook in de gevallen, waar geen nephritis bestond, werden veranderingen aan den uterus waargenomen.

Veit [2]) deelt mede, dat hij zich in een paar gevallen van solutio placentae „von dem Vorhandensein der entzündlichen Erkrankung hierbei, direkt überzeugt" heeft.

Hans Meyer [3]) nam 4 gevallen waar. In één geval denkt hij ook aan eene te korte navelstreng als oorzaak. In geen geval bestond albuminurie. Daarentegen kon hij tweemaal *eene endometritis decidualis* constateeren, terwijl in een derde geval hydrorrhoë tijdens de graviditeit bestond, eene afwijking, die aan veranderingen in de decidua geweten moet worden.

Ook v. Weiss [4]) vond veranderingen in de decidua, „*eine Endometritis deciduae*, an der die obersten Lagen der Muskulatur noch Antheil nehmen". Hij vond dit ook in twee gevallen, waar wel nephritis, maar geen infarkten aanwezig waren. Daarbij vond hij in de twee gevallen, (zijne gevallen VII en VIII), waar na de baring atonie optrad, dat ook het eigenlijke uterus-weefsel abnormaal was. Bij het eerste geval noteert hij: „Die schwersten Veränderungen zeigt die „Uterussubstanz, dieselbe bietet nämlich in der ganzen Dicke einen „bedeutenden Kernreichthum des interstitiellen Gewebes, das na„mentlich um die grösseren Gefässe sehr mächtig ist.

„Bei stärkerer Vergrösserung besteht dieser Kernreichthum in

---

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. XXXIX. p. 468. 1891.

[2]) Müller's Handb. d. Geb. II. p. 87. 1889.

[3]) Die vorzeitige Lösung der Placenta vom normalen Sitz. Corresp. blatt für Schweizer Aerzte 1891. p. 202. ref. in Centr. für Gyn. 1892. p. 407. Door Dr. Rombach niet vermeld.

[4]) Arch. f. Gyn. Bd. XLVI. p. 256. 1894.

„einer Infiltration des an sich vermehrten Bindegewebes durch zahl-„reiche Rundzellen, zumeist polynucleäre Leukocyten."

En bij het tweede:

„Uterus zeigt, wie im vorhergenannten Falle auch hier in der „Muskellage die schwersten Veränderungen.

„Dieselbe ist in ihrer ganzen Dicke von reichen Rundzellen in-„filtrirt, derart, dass hauptsächlich in den Bindegewebszügen zwi-„schen den Muskelbündeln und in der Umgebung der Blutgefässe „mono- und polynucleäre Leukocyten meist in dichten Zügen, seltener „in Häufchen angeordnet liegen; aber auch zwischen den einzelnen „Muskelfasern finden sie sich in beträchtlicher Zahl eingestreut".

v. Weiss komt tot het volgende resultaat [1]).

„Unsere hier mitgetheilten Beobachtungen bestetigen die Thatsache, „dass vorzeitige Lösung der Placenta vom normalen Sitz bei Schwan-„gerschaftsniere, wie Nephritis wahrscheinlich unter Vermittelung „exsudativer und degenerativer Veränderungen der Decidua vorkommt. „Sie fügen aber den Beobachtungen von vorzeitiger Placentalösung „bei Morbus Basedowi, wie bei Endometritis anderer Aetiologie „(Hans Meyer) ein neues Bild an, indem in zwei unserer Fälle „entzündliche Veränderungen, die sich hauptsächlich *auf die Uterus-„substanz* erstrecken, die erste Rolle spielen."

Het komt mij voor, dat de anatomische onderzoekingen ons zoo van stap tot stap doen voortschrijden op den goeden weg.

Een trauma kan aanleiding geven tot solutio placentae, maar ontbreekt in zeer vele gevallen.

In een deel dezer gevallen bestaat eenige aanleiding tot het aannemen eener haemorrhagische diathese [2]).

Voor een ander deel vinden wij, dat de „böse Zufall" vrouwen betreft, bij wie oedemen en albuminurie op nephritis wijzen en mogen wij aannemen (en is bij sommige aangetoond), dat veranderingen hetzij in de decidua zelf, hetzij in de placenta (van decidualen oorsprong), tot bloeding of tot loslating der placenta leiden.

Waar nephritis ontbreekt, werden in sommige gevallen anatomische veranderingen aangetoond (Hans Meyer, Veit, v. Weiss), die deels op *endometritis* deciduae, deels op *myometritis* [3]) berusten.

In deze laatste gevallen wordt niet alleen het ontstaan eener primaire bloeding, maar ook dat van de *atonie post partum* verklaard, en het zou mij niet verwonderen indien latere onderzoekers in zoodanigen uterus ook interstitieele veranderingen vonden, die het aan

---

[1]) l. c. p. 288.

[2]) Mij is van den invloed der *haemophilie* op de solutio placentae geen voorbeeld bekend.

[3]) v. Weiss verstaat hieronder ontsteking van den *spier*wand der baarmoeder.

het musculeuze deel van den baarmoederwand onmogelijk maken om zich post partum behoorlijk te contraheeren. En wanneer wij èn de primaire bloeding, die tot de loslating der placenta leidt, èn de loslating zelve, èn de atonie post partum uit anatomische gegevens kunnen verklaren, kunnen terugbrengen tot deciduale veranderingen, tot eene, in den regel *inflammatoire verandering van het endometrium*, met of zonder deelneming van de uterus-substantie zelf in het ziekte-proces, dan kunnen wij verder gaan en de solutio placentae in de latere maanden der zwangerschap, de solutio placentae sub partum terugbrengen tot de gevolgen van den ongunstigen invloed, dien eene ziekelijke baarmoeder op de zwangerschap uitoefent. Dan kunnen wij niet miskennen, dat er een pathogenetisch verband bestaat tusschen deze afwijking en de bloedingen, die wij bij abortus zoo dikwijls tusschen baarmoeder en ei waarnemen, bloedingen, die ook op een trauma *kunnen* berusten, en veel eerder dan de latere bloedingen door een trauma veroorzaakt worden, maar waarbij ook *endometritis deciduae*, als de meest veelvuldige oorzaak van den abortus op den voorgrond treedt. Het behoeft ons dan niet langer te verwonderen, dat verschillende algemeene ziekten in verband kunnen gebracht worden met deze omineuze gebeurtenis, daar zoo vele dezer (nephritis, acute infectie-ziekten [1]) enz.) aanleiding geven tot ontsteking van het endometrium, met of zonder deelneming van het uterusweefsel in het ziekte-proces.

Latere waarnemers zullen dus in de allereerste plaats hunne aandacht gevestigd dienen te houden, niet alleen op het voorkomen van algemeene ziekten, maar bovenal op den anatomischen toestand, waarin èn de placenta èn de decidua verkeeren.

Wat kunnen wij doen, wanneer wij zoo'n „bösen Zufall" ontmoeten?

Ik behoef zeker niet meer te betoogen, dat het *gevaar* bestaat in de bloeding, dat het deze en deze alleen is, die wij moeten trachten te beperken tot zoodanigen graad, dat de vrouw er niet aan bezwijkt. Uit het hiervoor vermelde volgt reeds, dat de bloeding somwijlen een zoo bedenkelijk karakter aanneemt, dat de vrouw binnen enkele uren, soms vóór het aanwezig zijn van geneeskundige hulp, is gestorven. Daar de hoeveelheid bloed, die zich tusschen de baarmoeder en de placenta ophoopt, afhangt van de spanning, waaronder het bloed verkeert, en deze spanning afhangt van de drukking van den baarmoederwand en de tegendrukking van het ei, zal zij het grootst, de bloeding het bedenkelijkst zijn, wanneer

---

[1]) Zooals reeds vroeger door Slavjanski werd aangetoond.

de baarmoeder zich na de loslating der placenta niet behoorlijk samentrekt.

Het is dus niet te verwonderen, dat alle schrijvers, die zich met de therapie der solutio placentae bezighouden, eenstemmig adviseeren tot het *opwekken van uterus-contracties.* Maar zij zijn niet meer eenstemmig, waar het de keuze geldt van het middel om behoorlijke weeën te verkrijgen en evenmin in de verwachting, die zij van zoodanige middelen koesteren. Daarbij behoort men rekenschap te houden met den toestand der baarmoeder op het oogenblik, dat men de vrouw onderzoekt. Eene inwendige bloeding bij gesloten baarmoederwand zal andere eischen aan de therapie stellen, dan een gedeeltelijk uit-, gedeeltelijk inwendige bloeding, wanneer de ontsluiting reeds in meer of meerdere mate is tot stand gekomen. Bovendien heeft men in sommige gevallen te doen met eene bloeding, die reeds nagenoeg is opgehouden, in andere met eene, die steeds voortgaat en steeds gevaarlijker wordt. Terwijl men *daar* rustig kan overleggen, wat men te doen heeft, moet men *hier* oogenblikkelijk handelen.

Verschillende middelen zijn aangewend met het doel om de bloeding tegen te gaan en de baarmoeder tot contractie te brengen.

J. L. Baudelocque raadt bij inwendige bloeding tamponnade en wrijven van den buik aan, maar ging in zijn geval tot het termineeren der baring over.

E. Martin tamponneerde; aanvankelijk steeg de fundus uteri hooger, doch later kwamen flinke weeën.

Ook Hegar maakte van een tampon (colpeurynter) gebruik.

Eveneens is Winter geen tegenstander van tamponnade.

Verder werd getamponneerd door Häberlin, Maygrier, aanvankelijk ook in Treub's geval. Ook ik begon met tamponnade.

Daarentegen werd het tamponneeren door Freudenberg [1]) als „*der grösste Kunstfehler*" beschouwd en werd niet getamponneerd, maar werden *de vliezen gebroken* door Goodell, Sänger, Benicke [2]), Mme Henry, Varnier, Pinard (Dumarcet), Freudenberg, Treub, (met het doel om versie te doen) en v. Weiss.

Secale cornutum werd toegediend door A. Geyl.

Heete injectiën werden verricht door Mme Henry en Pinard (Dumarcet), terwijl Rosenberg na het appliceeren van een ijsblaas op den buik krachtiger uterus-contracties zag ontstaan.

Daarentegen kon de partus spoedig getermineerd worden in het geval van Grapow, die het hoofd reeds in de vulva zag staan

---

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. XXVII. p. 491.
[2]) Centr. f. Gyn. 1885. p. 107.

en in een paar gevallen van v. Weiss, waar bij het onderzoek reeds voldoende ontsluiting was om met de hand in de baarmoeder te gaan.

Als algemeenen regel kan men m. i. vaststellen, dat het wenschelijk is om den partus te termineeren, *waar dit mogelijk is*, m. a. w. als de opening van den hals der baarmoeder het doen van versie met of zonder daarop volgende langzame of snelle extractie toelaat.

Is echter de ontsluiting nog niet zoo ver gevorderd, dan staat men tusschen de keuze om òf de weeën te versterken door middelen, waarbij het ei intact gelaten wordt, òf de vliezen te breken.

Beide methoden hebben vóór- en tegenstanders, beide hebben hare bezwaren en voordeelen.

Indien de bloeding eene zuiver *inwendige* is, zal ongetwijfeld eene *tamponnade* slechts beteekenis hebben, niet als bloedstillend, maar als weeënopwekkend middel, en als zoodanig niet af te keuren zijn. Dan komen vooral *secale cornutum* (Geyl), *het wrijven der baarmoeder* (Baudelocque), *het appliceeren van een ijsblaas* (Rosenberg) in aanmerking. Tegen het aanwenden van secale cornutum kan worden aangevoerd het feit, dat daarna zoo dikwijls òf geen òf onregelmatige uterus-contracties ontstaan. Het wrijven van den fundus uteri zal in vele gevallen door de patiënte niet goed worden verdragen, wanneer wij ons herinneren hoe tot de pathognomonische symptomen behoort het bestaan van *pijn* in de baarmoeder, en lezen, dat de patiënte soms uit een bijna bewusteloozen toestand bijkwam door het aanraken van den buik en zich hevig verzette tegen de massage van den uterus (Netzel, Winter, Geyl, Pinard, v. Weiss). Rationeel, maar uit den aard der zaak niet overal toe te passen, is zeer zeker het appliceeren van een ijszak op het abdomen, *als de algemeene toestand der patiënt zulks niet verbiedt.*

Wanneer de bloeding slechts gedeeltelijk eene inwendige is, en een gedeelte van het uitgestorte bloed naar buiten komt, denkt ongetwijfeld ieder waarnemer het eerst aan *tamponnade.* Maar juist in deze gevallen worden tegen tamponnade bezwaren aangevoerd, die de aandacht verdienen.

Freudenberg noemt haar den „grössten Kunstfehler", omdat zij het afvloeien van bloed *uit* de baarmoeder belet, het ophoopen van bloed *in* de baarmoeder bevordert, het haematoom achter de placenta vergroot en daardoor de verdere loslating der placenta, dus nieuwe bloeding in de hand werkt. Hij beroept zich op een geval van E. Hermann: „bei welchem durch die Anwendung des Barnes'schen Gummi-dilatators bei accidentell entstandener und verborgen gebliebener Metrorrhagie eine Blutstauung herbeigeführt

wurde. Das angesammelte Blut entleerte sich massenhaft nach der Entfernung des Dilatators und Mutter und Kind gingen zu Grunde".

In dit oordeel is wel veel waars, maar volmaakt juist is het niet. Ongetwijfeld zal de tampon kwaad doen, wanneer hij de spanning in de baarmoeder niet vermeerdert, m. a. w. wanneer het bloed, dat zich achter de placenta verzamelt, den baarmoederwand steeds verder en verder uiteendringt, en de baarmoeder op deze vermeerdering van haar inhoud niet reageert door eene samentrekking. Nu is deze reactie van de baarmoeder uitermate verschillend. In sommige gevallen is de uterus zeer hard en gespannen en vindt men een sterk gespannen vochtblaas: hier wordt het bloed ongetwijfeld tusschen den uterus en het ei aan eene vrij sterke drukking onderworpen, en mag men onderstellen, dat het samentrekkend vermogen der baarmoeder niet al te gering is. Dan zullen wellicht behoorlijke weeën volgen en heeft dit verschijnsel m. i. ook uit een prognostisch oogpunt eene gunstige beteekenis. Maar in deze gevallen zou ik ook geen bezwaar kunnen hebben tegen het tamponneeren der scheede, al is het allicht niet het beste en zekerste middel om weeën op te wekken. In andere gevallen is echter de baarmoeder slap (Rosenberg), zijn de vliezen niet gespannen (Geyl) of is hunne spanning niet bijzonder groot (Treub, Nijhoff). Indien dan geene of geringe reactie der baarmoeder bestaat, is te vreezen, dat vermeerdering der bloedophooping door verdere losmaking der placenta nieuwe bloeding veroorzaakt, en is dus het inbrengen van een tampon (of van een colpeurynter, zooals Hegar deed) bedenkelijk. Evenwel kunnen wij, o. a. de gevallen in de dissertatie van Dr. Rombach nagaande, toch bij sommige een gunstige werking der tamponnade vinden, o.a. bij Häberlin. In andere gevallen heeft echter de tamponnade het voortgaan der bloeding zoo al niet bevorderd, dan toch niet belet (Maygrier, Treub) daar de bodem der baarmoeder steeds hooger rees en de vrouw meer en meer verviel.

Daar nu eens op tamponnade krachtige weeën en ophouden der bloeding volgen, dan eens voortgaan der bloeding en uitblijven van weeën, mag de tamponnade zeker niet als een betrouwbaar middel worden aanbevolen, al is het oordeel van Freudenberg, dat het de „grösste Kunstfehler" zou zijn onjuist. Heeft men reden om van tamponnade versterking der weeën te verwachten, dan begaat men ongetwijfeld geen kunstfout door haar toe te passen, als men den toestand der vrouw voortdurend controleert. Daarentegen begaat men wel een kunstfout, wanneer men, zonder op de eigenaardigheden van het geval te letten, „schablonenhaft" tamponneert, omdat tamponnade nu eenmaal een gerenommeerd middel is tegen bloeding.

Winter wees op het verschil, dat tusschen het eene en het

andere geval wordt gevonden. In zijn tweede geval was de hoeveelheid vruchtwater *groot* (2 Liter) en de bloeding betrekkelijk gering, in zijn derde geval was er weinig vruchtwater en bloedde de vrouw allerhevigst. Hij meent, dat dit veroorzaakt werd door de geringe drukking van het ei tegen de placenta en ziet daarin een wenk om, in overeenstemming met de leerboeken van Schroeder en Spiegelberg en Brunton's raad „die Blasensprengung erst zu einer Zeit vorzunehmen, wo man die Beëndigung der Geburt in der Hand hat und durch den Liquor amnii und eventuell durch Tamponnade die Blutung im Zaume zu halten [1]).

Zooals wij zagen, werden door verschillende waarnemers *de vliezen gebroken* en wel met zeer verschillend succes.

Bij de patiënte van E. Martin braken de vliezen na een dampbad en volgde eene „niet onbelangrijke bloeding".

In het geval van Goodell wordt vermeld, dat bij het breken der vliezen de patiënte begon te bloeden. In het eerste geval van Pinard, hield na het breken der vliezen de bloeding op, doch begon zij later weer op nieuw, zoodat een ballon van Tarnier werd ingebracht, en toen ook dit niet hielp, heete irrigaties werden gedaan.

Daarentegen zag Sänger na het breken der vliezen met een dunnen troicar in korten tijd de ontsluiting toenemen en de weeën sterker worden, hield in het geval van Varnier de bloeding na den vliessteek op, en constateerde Pinard in twee andere gevallen een gunstig effect.

Het breken der vliezen heeft het nadeel, dat daardoor de intra-uterine drukking vermindert, daarentegen het voordeel, dat daarna sneller en eerder dan door tamponnade de weeën versterkt worden, zoodat het aanvankelijk nadeel dikwijls door het latere voordeel ruimschoots wordt opgewogen. Een betrouwbaar middel is het echter evenmin als de tamponnade. *Als* men tot het breken der vliezen overgaat, moet het (tenzij het bij een mate van ontsluiting geschiedt, die het termineeren van den partus mogelijk maakt) *voorzichtig* geschieden en zal men verstandig doen met evenals Sänger een *troicar*, of, zooals Treub een *sleuf-sonde* te gebruiken.

Wanneer echter weeënopwekkende middelen geen effect hebben, zal dit niet altijd aan de keuze dier middelen, maar dikwijls aan den toestand van het uterus-weefsel moeten geweten worden (zie de gevallen van v. Weiss hiervoor), en wij behoeven ons niet te verwonderen, dat na tamponnade, zoowel als na den vliessteek, betrekkelijk dikwijls samentrekkingen der baarmoeder uitbleven, terwijl zij in andere gevallen spoedig op de ingestelde therapie volgden.

---

[1]) Centr. f. Gyn. 1885. p. 107.

Is op het oogenblik, dat men de vrouw onderzoekt, de baring reeds aan den gang, soms reeds ver gevorderd, dan kan men het termineeren van den partus in overweging nemen. In Grapow's geval was dit al zeer gemakkelijk, daar het hoofd van het kind reeds in de vulva zichtbaar was. Niet zelden verbeterde echter gedurende de waarneming, bij het vorderen der baring, de toestand zoodanig, dat men den gang der zaak aan de natuur kon overlaten. (Hegar, Hennig II, Netzel, Winter II, Henry II, Varnier, Pinard I en II, Nijhoff). In sommige gevallen werd wegens weeënzwakte de forceps aangelegd (E. Martin, Sänger, Rosenberg), of maakte het gelijktijdig bestaan eener dwarsligging versie (Winter) of (daar het kind toch dood was) embryotomie (Goodell, Pinard III) noodzakelijk.

Met het doel om weeën op te wekken of den partus te termineeren werd versie met daarop volgende extractie gedaan door Winter I, Geyl, Häberlin, v. Weiss, terwijl Treub „na om 9.25 een „voetje te hebben afgehaald (waarna de bloeding ophield), te 10.15 „bemerkte, dat de foetus voor het grootste gedeelte geboren was, „zoodat slechts de armen en het hoofd moesten ontwikkeld worden" [1]).

Na het ledigen der baarmoeder (het zal wel onnoodig zijn te herinneren, dat na de geboorte van het kind steeds bijna onmiddellijk bloed-coagula en de placenta volgden), kwam in sommige gevallen een goede contractie der baarmoeder (E. Martin, Hegar, Netzel, Sänger, Winter I, II en III, Häberlin, Pinard II, Treub, Nijhoff) tot stand, in andere daarentegen volgde atonie (J. L. Baudelocque, Goodell, Grapow, Geyl, Pinard I, Rosenberg, v. Weiss).

Wanneer men tot het termineeren der baring overgaat, moet men met deze groote kans op atonie post partum rekening houden. Is de toestand niet al te dreigend, dan overhaaste men zich niet, daar een accouchement forcé zoo dikwijls door atonie gevolgd wordt. Dwingt de toestand tot snel ingrijpen, dan moet men handelen alsof een atonie zou optreden en met alle hulpmiddelen, waarover men kan beschikken, de baarmoeder tot samentrekking dwingen. Dan komen prophylaktische ergotine-injecties, massage van den uterus, drukking der buik-aorta, tamponnade van den uterus met jodoformgaas te pas. Toch zal nu en dan deze of gene patiënte, niettegenstaande deze therapie, sterven, tenzij, hetgeen wel bijna alleen in klinieken mogelijk is, door eene amputatio uteri (Koffer), het leven der patiënte nog kan gered worden. Als de uterus-spier geinfiltreerd is met leucocyten, zal wel op *geene* wijze eene behoorlijke

[1]) Rombach l. c. p. 64.

contractie tot stand kunnen komen. Dan zal het termineeren der baring, massage van den uterus, jodoformgaas-tamponnade, ergotine, of wat men wil, al even onvoldoende zijn, als het tamponneeren der scheede of het breken der vliezen bij het begin van het ontsluitingstijdperk.

Neemt men in aanmerking, dat niet zelden de vrouwen onverlost stierven (A. C. Baudelocque, Hennig, Maygrier, Winter, Pinard-Varnier, Mme Henry), dan verdient voor de zeer ernstige gevallen overweging of men niet wijs doet — bij de onmogelijkheid om per vias naturales den partus te termineeren — met de *Sectio caesarea* te verrichten. Deze operatie is wel voorgesteld (Beck) maar niet uitgevoerd. Zij verdient, dunkt mij, boven accouchement forcé de voorkeur, maar moet m. i. gepaard gaan met de *amputatio uteri*. Als men de slappe, atonische baarmoeder achterlaat, wordt, dunkt mij de prognose voor de uitgeputte vrouw niet veel beter.

Is de algemeene toestand der vrouw van dien aard, dat men reden heeft om te vreezen, dat zij aan verbloeding sterft, dan zal men dezen door allerlei analeptica en excitantia moeten verbeteren. De gebruikelijke middelen komen hier in aanmerking, evenals bij elke aanzienlijke bloeding, van welken aard ook. E. Martin redde eene vrouw, door eene tot tweemaal herhaalde transfusio sanguinis. v. Weiss spoot herhaalde malen een 0.6$^0/_0$ keukenzoutoplossing in (niet altijd met veel succes). Koffer liet, na zijn „Porro-operatie post partum", een ruime hoeveelheid derzelfde oplossing in de buikholte achter. Dat men de vrouwen, bij de neiging tot braken, die bij acute anaemie zoo dikwijls optreedt, liever niet laat slikken, maar haar de analeptica als excitantia subcutaan moet injicieeren, mag nog wel even herinnerd worden.

Moge ieder verloskundige, wien het treft eene vroegtijdige loslating der placenta waar te nemen, met ongunstigen afloop van moeder en kind, zich troosten met de gedachte, dat er gevallen zijn waartegen niet alleen *zijne*, maar *iemands* kunst niets vermag. Als hij dan maar voor zijn eigen geweten kan verantwoorden, dat hij het ernstige van den toestand heeft ingezien en geen bereikbaar middel heeft verzuimd.

Amsterdam, Mei 1894.

OVER HET JAVAANSCHE VROUWENBEKKEN,

DOOR

Dr. C. H. STRATZ.

Het is een algemeen aangenomen hypothese, dat de bevallingen op Java bijzonder gemakkelijk verloopen, en dit verklaart men door de configuratie van het bekken, dat door zijn ronden vorm het kinderhoofd gemakkelijk zoude laten passeeren.

Deze algemeene hypothese kan ik uit eigen ondervinding niet bevestigen, want ik heb herhaalde keeren bij javaansche vrouwen èn platte èn vernauwde bekkens kunnen constateeren met de daarmede in verband staande stoornissen bij den partus.

Wat de literatuur daaromtrent aangaat zoo vond ik, voor zoover zij mij ter beschikking stond, dat maar zeer weinig exacte feiten genoteerd zijn, maar des te meer vage vooronderstellingen.

De eenige weg, die deze kwestie eenigszins zou kunnen preciseeren, is mijns inziens behalve eene verloskundige statistiek op groote schaal met goede klinische détails, alleen die om een zoo groot mogelijk aantal bekkens te meten.

Op dezen weg heeft Zaaijer den eersten stap gedaan, die in 1866 de eerste exacte bekkenmaten van javaansche vrouwen mededeelde.

Ik zal hier niet uitweiden over het rassenbekken in het algemeen en in het bijzonder, en slechts mij aansluiten aan de opinie van Ploss, die van alle pogingen, om verscheidene typen op te stellen, de meest natuurlijke en „sachgemässe" noemt diegene van Zaaijer, die alleen een verschil maakt tusschen ronde en ovale bekkens.

Volgens Zaaijer zijn de europeesche bekkens ovaal, de javaansche rond, tenminste in die gevallen die hij heeft gemeten bij geprepareerde bekkens.

Hennig heeft alle plubicaties verzameld en vond in 54 gevallen (alle maleische bekkens medegerekend) de resultaten van Zaaijer bevestigd.

Daar ik als derde stadsgeneesheer te Soerabaia een groot materiaal van javaansche vrouwen ter beschikking had, zoo achtte ik het niet ondienstig ook bij levende vrouwen de bekkenmaten te nemen, hoewel ik mij bewust was, daardoor alleen een onderzoek van relatieve waarde te kunnen doen. Maar nu ik vind, dat mijne resultaten overeenstemmen met de uit den aard der zaak veel nauwkeuriger, maar minder talrijke van Zaaijer, acht ik de waarde

er van ook uit een wetenschappelijk oogpunt belangrijk genoeg om ze te publiceeren.

Ik stel voorop, dat ik niet op een zuiver, anthropologisch standpunt sta, want er kan moeilijk sprake zijn van een zuiver javaansch ras in een land, waar de bevolking zoo dooreengemengd is als op Java. Het is moeielijk na te gaan, in hoever of de afstamming van een enkel individu terug te brengen is op soendaneesche, javaansche, madoereesche, of eindelijk ook op chineesche en europeesche ouders.

Het beste zoude ik er mede uitkomen het standpunt van Verneau[1]) te accepteeren, die maar drie zuivere menschenrassen, het witte, het geele en het zwarte, wil doen gelden, en twee gemengde rassen, het maleische en het amerikaansche. Als het dan toch een gemengd ras is, zoo komt het bij de javaansche vrouwen op een beetje meer of minder mengen niet aan.

Toch kon ik, wat het uiterlijk aangaat, onder de talrijke vrouwen die mij waren toevertrouwd, meer of minder duidelijk twee types onderscheiden.

Het eerste, waarvan exquisiete specimina zijn gegeven in Fig. 1, 4, 5, 6, is lichter van kleur, slank gebouwd, heeft, ook bij volwassen vrouwen, meer maagdelijke lichaamsvormen en fijn besneden gelaatstrekken; het tweede, weergegeven in fig. 2, 3, 7[2]) is donkerder, meer bruin als geelbruin, heeft ronde, meer vrouwelijke vormen, meer vet, korte neuzen en dikke lippen.

Onder het tweede type, als het duidelijk was, vond ik dan ook meestal meer den europeeschen zich naderende bekkenmaten; maar deze indeeling was weer in andere gevallen zoo dubieus, dat ik er verder geen gebruik van durfde te maken voor een wetenschappelijk doel.

Ik heb dus afgezien van alle anthropologische finesses en mij er toe beperkt twee seriën van metingen te maken.

De eerste serie bevat 25 van 600 vrouwen, die op het oog het best bleken gebouwd te zijn; de tweede bevat 110, die achter elkaar zonder keuze gemeten zijn.

De metingen gebeurden met de welwillende medewerking van Dr. Lijkles te Soerabaia in het Pegiriangesticht.

Ik begon er mede de conjugata diagonalis bij gewone gynaecologische ligging te meten; de overige maten, conjugata externa, d. spinarum, d. cristarum, en dist. trochant. zijn bij staande houding der vrouw genomen.

---

1) Les races humaines. Paris, 1891.
2) Zie voor fig. 7 de groote plaat.

Fig. 2.

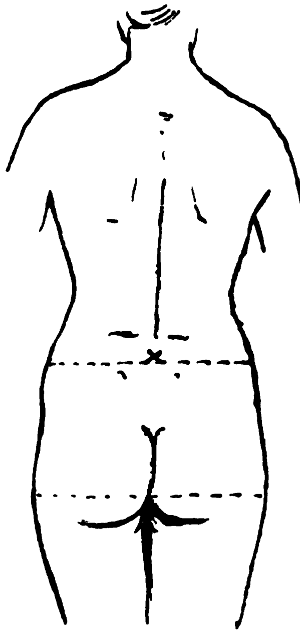


Fig. 1.

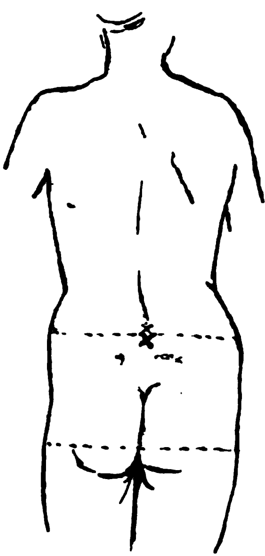


Fig. 3.

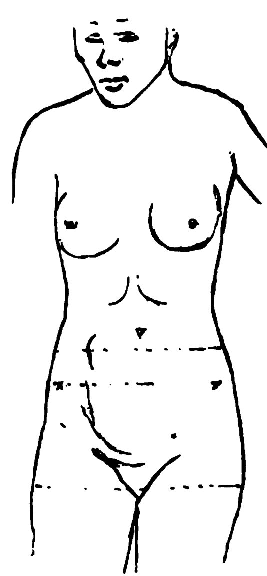


Fig. 4.

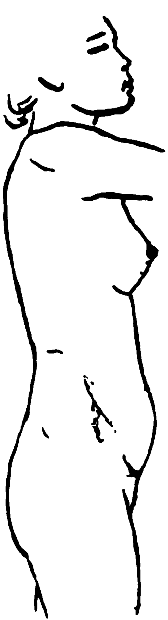
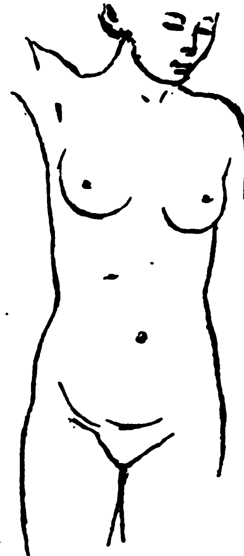


Fig. 5.



Fig. 6.



De eerste serie van vijf en twintig vrouwen leverde bij eene gemiddelde lichaamslengte van 154 cM. de volgende resultaten:

	c. diagon.	extern.	spin.	crist.	trochant.
1. Moakidja (Fig. 5) . . .	14	17	22,5	25,5	28
2. Wagina (Fig. 3) . . .	12	18,5	24	25,5	26
3. Rosminten (Fig. 1, 6). .	15	18,5	23	25	27
4. Kasmina (Fig. 2) . . .	12	18,5	23,5	26	29
5. Sarpi (Fig. 7).	13,5	17,5	24	27	30,5
6. Kartim.	13	17	21	23	26
7. Musina.	13	18,5	23,5	25,5	28
8. Darmedja.	13	19	23	25,5	30
9. Sina.	12	17	24	27	27,5
10. Sima Kepia	12,5	18	23,5	26	28
11. Rantima	12	18,5	23	25	28,5
12. Arsia	12,5	18,5	24	26	28
13. Satidja (Fig. 4). . . .	14	18	24	26	27,5
14. Mina Rombio	13	20	23,5	28,5	32
15. Tandoor	12	17	21,5	24	27
16. Karmina	14	17,5	23	25	27
17. Ni Gili	15	20	26	29,5	33,5
18. Ramina	14	18	21,5	24	27
19. Sarina	14	18,5	25	28	28,5
20. Timoc	12	18	24	26	29,5
21. Samina.	13	18,5	24	25,5	26
22. Darmidja	13	20	23	26	30
23. Amina.	14	17,5	23	25,5	28
24. Kamisa.	14	17,5	23	25	27
25. Tasmina	13	17	22	25	27

De gemiddelde maten van deze serie zijn dus: diagonalis 13,2, conj. extern. 18,2, spinae 23,3, cristae 25,8, trochanteren 28,3, of, in ronde cijfers 13, 18, 23, 26, 28.

Het zoude te ver gaan hier ook de tweede serie van 110 metingen afzonderlijk op te sommen. De gemiddelde maten van deze serie zijn: diagonalis 12,6, conj. extern. 17,8, spinae 22,6, cristae 25,3, trochanteren 28, of, in ronde cijfers 12,5, 18, 23, 25, 28.

Onder deze 110 waren twee vrouwen met eene diagonalis van 9,5 rep. 10,5, vier met eene diagonalis van 11, alle andere hadden meer dan 11,5, doch slechts 22 hadden 13 of meer.

Vergelijkt men de gevonden afmetingen met de gemiddelde europeesche, dan krijgt men:

Europeesche afm.	13.	20.	26.	29.	31.
Javaansche 1ste serie . . .	13.	18.	23.	26.	28.
„ 2de serie . . .	12,5.	18.	23.	25.	28.



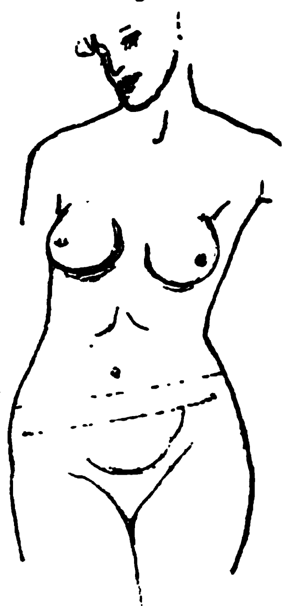
Het blijkt dus dat de conjugata diagonalis weinig of niets verschilt, daarentegen alle dwarsche afmetingen betrekkelijk kleiner zijn bij javaansche vrouwen.

Met zooveel zekerheid nu als men over 't algemeen uit den afstand der spinae en der cristae een conclusie mag trekken tot de configuratie van het bekkenkanaal, met evenveel zekerheid mag men in de gevonden cijfers een bewijs zien voor de stelling, dat de dwarsche afmetingen van het javaansche bekkenkanaal in verhouding tot de conjugata korter zijn, met andere woorden, dat het bekken der javaansche vrouwen meer of min een cirkelvorm heeft.

Dat niettegenstaande de geringe dwarsafmetingen de javaansche bekkens toch obstetrisch goed gevormd zijn, blijkt uit het feit, dat de spinae en cristae onder elkaar toch 2 tot 3 cM. verschillen.

De geringe afmeting, bij de conjugata externa verkregen is in de eerste plaats te verklaren uit den veel geringeren graad van panniculus adiposus; of er in de tweede plaats ook sprake kan zijn van eene mindere neiging van de bekkeningangsvlakte tegen den horizont, durf ik aan de hand van de gevonden feiten alleen niet te beslissen.

Fig. 8.



De bijgevoegde illustraties zijn naar photographiën ad vitam geteekend; de bijbehoorende maten vindt men in de tabel van de eerste serie. In fig. 8 is de omtrek geteekend van eene europeesche vrouw met gemiddelde bekkenmaten, ter vergelijking met de anderen.

Gelegenheid, om ook geprepareerde bekkens te meten, had ik gedurende mijn verblijf op Java niet; ik moet dus er mede volstaan, dit opstel te beschouwen als eene bevestiging en een commentaar tot het werk van Zaaijer.

Toch is daarmede volstrekt niet gezegd of bewezen, dat, omdat het bekken rond is, ook de bevallingen op Java gemakkelijker zijn dan bij ons, en de eenige obstetrische conclusie, die men er uit zoude kunnen trekken, is, dat men bij de bevallingen van maleische vrouwen met andere factoren heeft te rekenen, dan in Europa. Een van de factoren is het bekken, maar er zijn nog een heele menigte andere.

BOEKBESCHOUWING.

S. Heeg, *Verslag der Verloskundige Kliniek en Polikliniek aan de Rijks-Universiteit te Leiden.* Cursus 1891—1892. Proefschrift, Leiden 1894.

Dit verslag onderscheidt zich uit den aard der zaak zeer weinig van andere. Zeer eclatante mededeelingen komen er ook niet in voor. Enkele meer treffende gevallen zijn kort beschreven. Aan het verslag zelf zijn echter toegevoegd eenige statistieke opgaven uit de jaren 1881—1886 en 1887—1892, het laatste quinquennium Simon Thomas en het eerste quinquennium Treub. Uit deze opgaven blijkt, dat de frequentie der forcipale extracties is afgenomen, die der versies daarentegen is vermeerderd, dat de prognose voor de kinderen bij Simon Thomas, de prognose voor de moeders daarentegen bij Treub beter was, voor zooverre het de forcipale extractie betreft, terwijl Treub's resultaten wat keering en extractie betreft in beide opzichten beter zijn, dan die van Simon Thomas.

Het komt mij voor dat aan deze statistiek zooals zij daar ligt weinig waarde mag worden toegekend.

Een aantal forcipale extracties in Treub's kliniek in usum clinicum verricht, worden niet in rekening gebracht. Maar ook in Simon Thomas' kliniek werden nu en dan forcipale extracties verricht, omdat de candidaat er grootere behoefte aan had dan de patiënt.

Een overzicht van het aantal verrichte perforaties in beide quinquennia ontbreekt, zoodat niet wordt medegedeeld in hoeveel gevallen door den een versie, door den ander perforatie verricht is. Evenmin wordt medegedeeld in hoeveel gevallen waar forceps en perforatorium met elkander concurreeren aan het laatste de voorkeur gegeven werd.

Tot een nauwkeurige en juiste vergelijking van resultaten, in de eene kliniek verkregen tegenover de andere, ontbreekt dus de nauwkeurige schifting van het materiaal (bekkenvernauwing) en de volledige mededeeling van de verrichte kunstbewerkingen.

Nijhoff.

L. A. THOMÉE, *Die Behandlung der Inversio uteri chronica puerperalis.* Diss. Freiburg 1884. (uit de kliniek van Prof. Treub te Leiden).

Dr. Thomée behandelt achtereenvolgens de reïnversie van den geïnverteerden uterus in acute en chronische gevallen en bespreekt daarbij natuurlijk zoowel de manueele als de instrumenteele methoden, terwijl hij één geval meer uitvoerig bespreekt, dat in Treub's kliniek voorkwam.

Bij de behandeling der acute inversie, voordat de placenta is geboren, is het nog steeds een punt van strijd of men eerst de placenta zal verwijderen, dan wel eerst den uterus moet reponeeren. Schr. helt meer over tot de meening van Schroeder, dat men eerst moet reïnverteeren, dan tot die van Denucé dat men eerst de placenta moet losmaken. Zeker is, dat in vele gevallen de inversie te wijten is aan trekken aan de navelstreng of aan sterke drukking op den fundus uteri om de placenta te verwijderen, en dat dus niet zelden bij inversio uteri abnormale adhaesies der placenta worden aangetroffen, zoodat soms de verwijdering min of meer moeite kost. Als de vrouw niet te veel bloed verloren heeft, zou ik eerst de placenta willen verwijderen. Het is mij voorgekomen, dat de reïnversie van den uterus mij mislukte, toen de placenta nog niet, daarentegen uiterst gemakkelijk gelukte, nadat de placenta wèl verwijderd was.

De reïnversie der baarmoeder behoort te geschieden van buiten naar binnen, d. w. z. men zal trachten het eerst dat te reponeeren, wat het laatst geïnverteerd is, men begint dus van den rand af en gaat langzamerhand naar het midden voort. Is niet te lange tijd verstreken, dan gaat het vrij gemakkelijk, later wordt het moeilijk, soms onmogelijk, doordat het onderste gedeelte der baarmoeder zich samentrekt en het corpus uteri door veneuse stuwing belangrijk aanzwelt. Is dan de vrouw niet aan verbloeding of door andere redenen gestorven, dan behoudt zij eene chronische inversio uteri.

De behandeling eener chronische inversio uteri is nog steeds een crux. De manueele behandeling treedt hier op den achtergrond, kan meestal òf niet meer òf alleen na verkleining van het corpus uteri in aanmerking komen. De middelen om tot verkleining van den uterus te komen — het omwikkelen met kleefpleisterstrooken, het cauteriseeren in overlangsche richting, het incideeren — worden door Dr. T. besproken evenals de wijze, waarop men bij het reduceeren te werk behoort te gaan, wil men eenige kans op succes hebben. Zijn vergroeiingen in den inversie-trechter tot stand gekomen, dan geven al deze pogingen natuurlijk niets en kan men niet anders doen, dan den uterus amputeeren, of exstirpeeren. Is dit echter

niet het geval, dan zal toch dikwijls de hand niet lang genoeg kunnen arbeiden om succes te verkrijgen en moet wel op àndere wijze raad geschaft worden.

Pogingen om de drukking van de hand te vervangen door drukking van een instrument komen nu in aanmerking. Verschillende instrumenten (repoussoirs), bestemd om in eens door krachtige drukking de reïnversie tot stand te brengen, worden besproken en afgekeurd. Meer succes hebben en aanbevelenswaardiger zijn instrumenten, die een matige, maar blijvende, liefst elastische drukking uitoefenen. Daartoe komen dan, naast het instrument van Aveling, dat buiten de vagina moet gefixeerd worden, vooral met vocht gevulde blazen (colpeurynter) in aanmerking. Ook in het geval dat Schr. mededeelt, werd ten slotte succes verkregen door een kleinen colpeurynter tegen den fundus te leggen en een grootere daaronder, daarna den tweeden en ten slotte den eersten op te blazen met boorwater. Na 24 uur was de uterus gereponeerd. Kan patiënt niet urineeren, dan kan men tijdelijk den colpeurynter gedeeltelijk ledigen om haar daarna weer opnieuw te vullen. Voor gedeeltelijke inversie is ongetwijfeld deze methode aan te bevelen.

NIJHOFF.

J. G. J. EVERS, *Retentio placentae post abortum.* Proefschrift, Leiden 1894.

Dr. Evers behandelt in zijn proefschrift uitvoerig den strijd, heden nog bijna alleen onder Fransche gynaecologen gevoerd, of men bij placentairretentie nà abortus moet afwachten of moet ingrijpen. Als inleiding tot de behandeling dezer vraag geeft hij een overzicht van de oorzaken dier placenta-retentie en wijdt hij nog een tweede hoofdstuk aan de gevaren en verschijnselen hiervan, terwijl hij in een derde en vierde hoofdstuk aan de expectanten en aan de interventisten het woord geeft.

Ik kan over het algemeen niet dan hulde brengen aan de uitvoerige en degelijke wijze, waarop de Schrijver zijn onderwerp heeft behandeld, al zou ik voor mij liever de zaak van een ander m. i. juister standpunt hebben willen bezien en als inleidend hoofdstuk liever een overzicht over de oorzaken van den abortus zelf, over de aetiologie, zoowel als over de pathogenese en over den anatomischen toestand van de placenta bij verschillende vormen van abortus gezien hebben. Immers het is niet *alleen* de vraag *òf* de placenta terugblijft en *wat* er met de teruggebleven placenta geschiedt, maar *tevens* en, (met het oog op de predomineerende rol, die de endometritis of hyperplasia mucosae uteri bij het tot stand komen van een abortus

speelt), m. i. *vooral* de vraag, wat er met het hyperplastische slijmvlies der baarmoeder na den abortus zal gebeuren.

Intusschen wil ik gaarne aan Dr. Evers den lof toebrengen, dat hij met vlijt verschillende oorzaken van placentairretentie heeft bijeengegaard, terwijl hij vooral in zijn tweede hoofdstuk zeer juist de gevaren van retentie heeft geschetst. Gaarne had ik ook in het tweede hoofdstuk gezien, dat meer nadruk was gelegd op het achterblijven eener hyperplasia mucosae Treub, vulgo endometritis hyperplastica na min of meer incompleten abortus, en dat de schrijver op deze had gewezen als de in praxi zeker meest voorkomende oorzaak van den herhaalden abortus bij dezelfde vrouw.

De inhoud der dissertatie wordt gevormd door het derde en het vierde hoofdstuk. In het derde wordt het gevoelen der expectanten weergegeven, uitvoerig en onpartijdig, al kan de schrijver nu en dan niet nalaten het ongedecideerde, het hinken op twee gedachten van hen, die altijd maar willen afwachten, te veroordeelen. Dat zij gevaren laten ontstaan, die voorkomen hadden kunnen worden, dat door afwachten menige vrouw weken lang bloedt, soms ook weken lang aan koorts en stinkenden uitvloed lijdt, had de Schrijver gerust nog een weinig sterker kunnen doen uitkomen.

In het vierde hoofdstuk zijn de intervenisten aan het woord. Het spreekt wel van zelf, dat ik met genoegen heb gezien, hoe de Schrijver het recht der interventie bij een incompleten abortus ten volle erkent. Tot heden is dan ook, voor zoover ik heb kunnen nagaan, geen enkel voorstander van de actieve behandeling van den abortus een tegenstander daarvan geworden, terwijl het omgekeerde wel het geval is. Gedurende de 5 jaren, die sedert het schrijven van mijn stukje in dit Tijdschrift verliepen, heb ik ongeveer 150 maal eiresten uit de baarmoeder verwijderd, zonder dat ik ooit eenig nadeel van het actief ingrijpen heb gezien.

In de dissertatie van Dr. Evers loopt echter de vraag niet volkomen over het gerechtvaardigde van het à priori actief behandelen van den abortus; daar hij slechts de retentio placentae en dus per se den incompleten abortus bespreekt, roert hij de vraag, hoe men *in het algemeen* den abortus behandelen zal, natuurlijk niet aan.

Het zij mij veroorloofd naar aanleiding, ik zou bijna zeggen van een persoonlijk feit, een paar opmerkingen te maken.

Dr. Evers en hij is de eenige niet, want ook Stratz deed het vroeger, vindt het onjuist, wanneer ik in plaats van de portio vaginalis aan te haken en voor de vulva te brengen, liever een tweekleppig speculum gebruik, den uterus in situ laat en op het gezicht, liever dan op geleide van den vinger de curette inbreng.

Dit oordeel berust op een misverstand, dat misschien wel aan

mij zelf te wijten is. Wanneer ik met behulp van een collega opereer, die de vriendelijkheid heeft gedurende de operatie den uterus naar beneden te houden, zoodat ik ten allen tijde het ostium externum kan zien, prefereer ik ook de door Dr. Evers aangeraden handelwijze. Maar mijn raad om in het speculum te curetteeren geldt iets anders. Hij is een protest tegen het inbrengen der curette op het gevoel, *zonder* het afhalen en zichtbaar maken van de portio vaginalis en mijn handelwijze is voor den practicus gemakkelijker omdat deze een assistent minder noodig heeft, daar het tweekleppig speculum (Treub's Gynaecologie, Atlas fig. 49, 50, waarvan ik het bovenste blad 1½ à 2 cm. korter heb laten maken) zich zelf houdt. In de tweede plaats moet Dr. Evers zich de buigzaamheid mijner curettes niet te sterk voorstellen en in de derde plaats heb ik wel *beweerd*, door een lapsus calami, maar niet *bedoeld* dat de *mucosa* uteri hard zou zijn. Ik bedoelde natuurlijk den uterus-wand zonder de mucosa, waarop na abrasie de curette knarst. Dr. Evers zal mij zeker het maken dezer opmerkingen wel ten goede willen houden, vooral die ten aanzien van de aanwending van het speculum, daar mij niet alleen uit mijn eigen practijk, maar ook uit mededeelingen van collega's gebleken is, dat het volgen der door mij beschreven wijze van handelen in praxi niet tot moeielijkheden aanleiding gegeven heeft.

Voor hen, die veler meening over de behandeling der placentairretentie na abortus willen leeren kennen, is de dissertatie van Dr. Evers een te waardeeren bezit. Gaarne had ik echter gezien, dat hij, toch enkele *historische* herinneringen gevende, enkele vergissingen niet had begaan, b.v. Mauriceau niet vóór Guillemeau had laten leven en Mme Lachappelle niet naar de 18^e^ eeuw had verwezen. Maar het is mogelijk, daar de Schrijver zelf zegt, dat hij zijn historische mededeelingen uit andere werken heeft geput, dat hij deze vergissingen slechts *in commissie* begaan heeft. Aan den gunstigen eindindruk, die men van het lezen der dissertatie verkregen heeft, schaden deze vergissingen niet.

NIJHOFF.

J. HASPELS, *De Prochownick'sche dieetkuur*. Proefschrift, Amsterdam 1894.

Dr. Haspels' dissertatie is een warm pleidooi voor wat hij Prochownick's dieet-kuur noemt. Voor eenige jaren stelde Dr. Prochownick te Hamburg, ter vermijding van partus praematurus bij matig vernauwde bekkens, voor om op den groei der vrucht invloed uit te oefenen door het regelen van het dieet der moeder. Wanneer hij

aan het voedsel zooveel mogelijk water, kool-hydraten en kalkzouten onttrok, verwachtte en verkreeg hij in enkele gevallen kinderen die zich kenmerkten door normale lengte bij armoede aan subcutaan vet en weeke schedelbeenderen. In overeenstemming met de geringe vetafzetting was ook het lichaamsgewicht geringer dan anders. Prochownick onderwierp aan het door hem voorgeschreven dieet zijne patiënten gedurende 6 à 8 weken.

Het spreekt wel van zelf, dat door de vermindering van de afzetting van vet maar vooral door mindere hardheid der schedelbeenderen en wijdere naden een kinderhoofd gemakkelijker door een vernauwd bekken zal heengaan dan anders en men dus *tot op zekere hoogte* de dieet-kuur zal kunnen beschouwen als een handelwijze, die in concurrentie komt met de kunstmatige vroeggeboorte. *Tot op zekere hoogte*, omdat m. i. nog niet genoeg gevallen zijn gepubliceerd om de meening van Dr. Haspels te wettigen, dat men door het dieet der moeder te regelen, als het ware de ontwikkeling van het kind in zijn hand heeft. Eerst wanneer een lange reeks van gevallen, zonder vooringenomenheid gekozen, is gepubliceerd en daaruit blijkt, dat de nu misschien maar toevallige coïncidentie een vaste regel is, eerst dan kan de practicus in gevallen, waar de te verwachten moeilijkheden bij de baring te groot zijn om de vrucht levend te doen geboren worden, met vertrouwen den partus praematurus uitstellen, om door de dieet-kuur den groei van het kind te regelen. Daartoe is echter een groote reeks van klinische waarnemingen noodig.

Aan de medeeling van eenige historische herinneringen en een paar historiae, voegt Dr. Haspels korte overzichten over sectio caesarea, symphyseotomie en partus praematurus toe. Naar hij meent zal het regelen der dieet met de beide laatste operatiën kunnen concurreeren. Ik hoop het van harte!

NIJHOFF.

Ruptura uteri durante partu. Proefschrift door H. A. DIEPEN. Amsterdam 1894.

Dr. Diepen beschrijft in zijn goed geschreven en met zorg bewerkt proefschrift allereerst vijf gevallen van ruptura uteri. Het eerste werd geobserveerd door hem zelven in de Amsterdamsche kraaminrichting, het tweede en vierde geval werden aldaar waargenomen na zijn vertrek, het derde en vijfde geval betreft dezelfde vrouw, bij wie Dr. Diepen dus tweemaal eene ruptura uteri kon aantreffen. In het eerste, derde en vijfde geval herstelden de (2) patiënten, in het tweede en vierde geval succombeerden zij.

Vervolgens wijdt Schr. eenige hoofdstukken aan de aetiologie, den aard en de frequentie der verscheuring, de symptomatologie, de prognose en de therapie dezer verschrikkelijkste aller stoornissen van de baring.

Dat hij er terecht op wijst, hoe eerst sedert Band'ls werk licht in de duisternis is gekomen, dat eerst na dien tijd aan de rekking van het onderste baarmoeder-segment de noodige waarde als pathogenetisch moment werd toegekend, behoeft wel ternauwernood gezegd te worden, al verzwijgt Schr. ook niet, dat sommige gevallen, met name sommige vormen der scheur niet of ten minste moeilijk in overeenstemming kunnen gebracht worden met Bandl's leer, terwijl hij ook duidelijk laat uitkomen, hoe het geenszins noodig is, dat het onderste gedeelte van den hals der baarmoeder tusschen hoofd en bekken ingeklemd behoeft te zijn, om toch de verscheuring tot stand te doen komen. Aan structuur-anomaliën wordt eerst in de tweede plaats als aetiologisch moment eenige waarde toegekend. Wellicht had Schr. iets duidelijker kunnen doen uitkomen, hoe eene structuur-anomalie op zichzelf *niet* tot ruptura uteri leidt, maar dat de rekking van het onderste baarmoeder-segment des te eerder tot eene verscheuring zal leiden, naarmate het weefsel brozer is. Dit is toch m. i. *de* reden waarom bij meerbarenden eerder eene verscheuring tot stand komt. Vele voorafgegane zwangerschappen en kraambedden doen structuur-anomaliën der baarmoeder ontstaan.

Het belangrijkste hoofdstuk van Dr. Diepen's dissertatie is wel dat, hetwelk aan de therapie is gewijd. In overeenstemming met zijn leermeester Prof. van der Meij is hij een voorstander van de extractie van het kind door de scheur, verwijdering van de placenta, jodoformgaas-tamponnade van den uterus en de omgeving van en der scheur zelve. De resultaten door laparotomie verkregen zijn trouwens niet schitterend genoeg om op het openen der buikholte aan te dringen, wanneer de vrucht nog gedeeltelijk in de baarmoeder ligt, of de scheur ruim genoeg is om haar ook weder den teruggang mogelijk te maken. Toch zou ik gaarne gezien hebben, dat Dr. Diepen melding had gemaakt van het geval hier te Amsterdam voorgekomen en door Dr. R. T. Hart indertijd beschreven, waar het kind in de buikholte was uitgetreden en door Dr. Hart met succes de laparotomie werd gedaan, nadat deze door Prof. Lehmann was ontraden. Dergelijke gevallen toch kunnen één zaak leeren en dat is, dat in de laparotomie een machtig hulpmiddel bestaat om sommige gevallen ten einde te brengen, die niet meer per vias naturales kunnen worden getermineerd, al ben ik het met den Schrijver volmaakt eens, dat van het hulpmiddel ook alleen

in zoodanige gevallen gebruik behoort te worden gemaakt en de natuurlijke weg te verkiezen is, te eerder, omdat Schr. terecht laat uitkomen, dat noch de bloeding, noch de gevreesde verkleining der scheur, de extractie à priori onmogelijk maken, terwijl bij septische infectie in elk geval de vrouw als verloren moet worden beschouwd. Het trauma der operatie is bij de laparotomie bovendien dikwijls te groot om door de vrouw te worden doorstaan. Dr. Diepen had het geluk driemaal een ruptura uteri waar te nemen met behoud der vrouw, voorzeker een benijdenswaardig succes!

NIJHOFF.

E. W. MELCHIOR, *Verslag der Verloskundige Kliniek en Polikliniek van het Rijks Acad. Ziekenhuis te Leiden*, cursus 1890/91. Proefschrift, Leiden 1893.

Ik kreeg, door bijzondere omstandigheden, eerst vóór korten tijd de dissertatie van Dr. Melchior in handen, vandaar dat deze aankondiging verschijnt geruimen tijd, nadat de schrijver gepromoveerd is.

Het proefschrift van Dr. Melchior is een lijvig boekdeel geworden, dank zij de uitvoerige en nauwkeurige wijze, waarop hij de stof bewerkt heeft. Terwijl de meeste verslaggevers zich tevreden stelden met de indeeling in slechts enkele rubrieken, worden in deze dissertatie niet minder dan 31 hoofdstukken gevonden. Dit groote aantal wordt verklaard uit het specificeeren niet alleen van de verschillende baringsmechanismen, maar ook van de verschillende tijdens de zwangerschap of de baring voorgekomen stoornissen en de wegens deze noodzakelijk geworden handgrepen of operaties, terwijl aan de temperatuursverhooging der kraamvrouwen een ruime plaats werd ingeruimd.

De schrijver zelf beklaagt zich, dat het hem dikwijls onmogelijk is geweest een nauwkeurig verslag te geven van de verlossingen, die hij vermeldt, daar de aanteekeningen daarvan gehouden in vele gevallen onvolledig, in andere met zichzelf in tegenspraak en dus klaarblijkelijk onjuist waren, vooral waar het poliklinische gevallen betreft. Hierdoor is nu eens de indicatie niet duidelijk vermeld, dan eens de aard en graad van bekkenvernauwing onbekend, in andere gevallen de gang der baring, vóórdat er stoornis optrad, of kunsthulp verleend werd, uit de beschrijving niet meer op te maken.

Niettegenstaande deze moeilijkheden is Dr. Melchior er in geslaagd het wetenswaardigste van hetgeen, gedurende den door hem beschreven cursus voorviel, mede te deelen op eene wijze, die verdient geprezen te worden, te meer daar het toevoegen van

een register der hoofdstukken het opzoeken der belangrijkste zaken gemakkelijk maakt. Uit den aard der zaak is het eene hoofdstuk belangrijker dan het andere. Terwijl het mechanisme der baring met hare afwijkingen geen aanleiding geeft tot bijzondere opmerkingen, verdienen uit den aard der zaak de eklampsie, de ruptura uteri, de frequentie der verloskundige operaties meer aandacht, en is onder deze uit de Leidsche kliniek zeker het relaas der kunstmatig opgewekte vroeggeboorten en der therapie van bloedingen en der ruptura perinei bijzonder interessant.

Eklampsie werd slechts eenmaal waargenomen als complicatie der baring bij eene II para, die na haar eerste bevalling oedemen had gehouden, drie aanvallen traden tijdens, één aanval trad zeer kort na de baring op. De therapie bestond in morphine (hoeveelheid niet aangegeven) en chloroform-narcose.

Het geval van ruptura uteri, verdient, hoewel het onvolledig beschreven is, vermelding, omdat hierbij de weeën niet plotseling werden afgebroken, het kind forcipaal werd geextraheerd, de ruptuur met jodoformgaas getamponeerd werd en de vrouw, eene XII para die durante partu een etterigen blaas-katarrh had, den 12[den] dag p. p. niet aan peritonitis, maar aan multiple nier-abscessen te gronde ging. Het bekken was niet vernauwd, de baarmoeder was van de scheede afgescheurd.

Volgens de in de Leidsche kliniek en polikliniek heerschende beginselen is de frequentie der forcipale extracties en der versie en extracties noch buitenmate gering, noch bijzonder groot, daarentegen het aantal opgewekte vroeggeboorten betrekkelijk aanzienlijk. Perforatie werd viermaal verricht (in de kliniek), ééne patiente werd om deze kunstbewerking te ondergaan in de kliniek barende opgenomen. Tweemaal werd het doode, tweemaal het levende kind geperforeerd.

Sectio caesarea kwam niet voor. Zesmaal werd vroeggeboorte opgewekt. Treub's methode (het inbrengen van een condoom) had vier van de vijfmalen, waarin zij werd aangewend, succes. In het zesde geval (plac. praevia) werd, na poging tot eivliessteek, de keering door gecombineerde handgrepen, volgens Braxton Hicks verricht.

De poliklinische gegevens, die Dr. Melchior ten dienste stonden, betreffende stoornissen in het nageboortetijdperk, waren bijna absoluut onbetrouwbaar of onvolledig. Zesmaal werd de uterus met jodoformgaas getamponneerd. In de kliniek werd, wegens voorafgegane bloeding (op 137 gevallen) de placenta 12 maal door drukking verwijderd, 7 maal volgens Crede's handgreep, ééns manueel geamoveerd. Eens was tamponnade van den uterus eerst 3 uur p. p.

noodzakelijk, driemaal werd vroeger tamponnade noodig geacht. In twee dezer gevallen acht Dr. M. waarschijnlijk dat de tamponnade met jodoformgaas geschiedde wegens foetor van het vruchtwater. Driemaal moesten achtergebleven resten der vliezen manueel worden verwijderd. Een paar maal werd de scheede wegens cervix-ruptuur getamponneerd.

In het hoofdstuk over ruptura perinei werd o. a. mededeeling gedaan van eenige gevallen, waar òf na het mislukken der primaire hechting, òf wegens eene bestaande contra-indicatie van deze de secundaire hechting werd toegepast. Het resultaat was vrij bevredigend.

Onder de mededeelingen over temperatuursverhooging in het kraambed verdient vermelding, dat enkele malen bij stinkende lochien het inspuiten van Sol. jodii spir. de temperatuur deed dalen. Een paar maal kwam parametritis voor, eens pyaemia multiplex (met genezing). In een groot aantal gevallen mocht temperatuursverhooging met toevallige complicaties (phthisis, pneumonie) of met mastitis in verband gebracht worden, terwijl in eenige gevallen na ruime defaecatie snel en blijvend de temperatuur daalde, zoodat mocht worden ondersteld, dat de koprostase de hooge temperatuur zooal niet onmiddellijk, dan toch indirect had veroorzaakt.

Door een nauwkeurige schifting der gevallen, acht Dr. M. zich gerechtigd de meening uit te spreken, dat de vrij hooge morbiditeit (29 $^{0}/_{0}$) slechts ten deele aan infectie te wijten is.

Zooals ik zeide verdient de Schrijver lof, voor de wijze, waarop hij de dissertatie heeft bewerkt. Allicht hadden hier en daar nog een paar tabellen het overzicht duidelijker gemaakt.

Toejuiching verdient, dat aan de doode, de asphyctische en de reeds ante partum afgestorven vruchten een afzonderlijk hoofdstuk gewijd is.

NIJHOFF.

BIBLIOGRAPHIE

DER

GYNAECOLOGIE EN VERLOSKUNDE,

16 JUNI—31 DECEMBER 1893,

DOOR

LOUIS D. PETIT,

Conservator bij de Bibliotheek der Rijks-Universiteit te Leiden
en Bibliothecaris van de Maatschappij d. Nederl. Letterkunde aldaar.

I. IN HET ALGEMEEN.

Tijdschriften en Verzamelingen.

269 Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie. Uitgegeven van wege de „Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging". Onder redactie van Prof. Dr. G. H. van der Mey, en van Prof. Dr. Hector Treub en Dr. G. C. Nijhoff. Ve jaarg. Afl. 1—3. Haarlem, de Erven F. Bohn 1893 (bl. 1—88 en pl. I—V) 8°. p. j. *f* 5.—.

270 Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Unter Mitwirkung von Ahlfeld, Dohrn, Freund, Frommel, Hegar, Kaltenbach, Küstner, Löhlein, v. Preuschen, B. Schultze, Schwarz sowie der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie herausgegeben von Olshausen und Hofmeier. Bd. XXVI Hft. 1 (S. 1—290). Stuttgart, F. Enke, 1893. 8°. J. M. 8.—.

271 Archiv für Gynaekologie. Herausgegeben von F. Birnbaum, G. Braun, Bumm, Chrobak, Ehrendorfer, Fehling, Frankenhäuser, Fritsch, Gusserow, Kehrer, Krukenberg, Kuhn, Lahs, L. Landau, Leopold, P. Müller, Rosthorn, Runge, Sänger, von Säxingen, Schatz, Schauta, Spaeth, Valenta, Werth, Wiener, Wickel, Wyder, Zweifel. Redigirt von Gusserow. Bd. XLVI, Hft. 1, Mit Abb. und Taf. Berlin, A. Hirschwald 1893. 8°. p. J. M. 22.—.

272 Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe u. Gynäkologie. Unter der Redact. v. E. Bumm u. J. Veit hrsg. v. Rich. Frommel. 6. Jahrg. Bericht üb. d. J. 1892. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1893. (VII, 867 S.) gr. 8°. M. 21.—.

273 Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique. 1e Session. Bruxelles 1892. Compte rendu publié par les Docteurs Jacob et Popelin avec nombreuses figures, planches et tableaux. Bruxelles, H. Lamartin 1893 (XVI, 876 p.) 8°. fr. 30.—

274 Bericht über die Verhandlungen der 5. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Breslau vom 25—27 Mai 1893. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 22—25.

275 Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. 5. Kongress, abgeh. zu Breslau am 25—27. Mai 1893. Hrsg. v. H. Fritsch u. J. Pfan-

nenstiel. Mit 23 Abbildgn. u. 2 Taf. Leipzig, Breitkopf & Härtel. 1893 (XVI, 450 S.) gr. 8°. M. 9.—.

276 Meij (G. H. van der), Verslag v. h. behandelde in de vergaderingen van Januari tot Juni 1893 der Ned. Gynaecologische Vereeniging te Amsterdam. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 2.

---

277 Petit (Louis D.), Bibliographie der Gynaecologie en Verloskunde, 1 Maart—15 Juni 1893. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 1.

II. GYNAECOLOGIE.

a. *Algemeene Hand- en Leerboeken.*

278 Auvard (A.), 100 illustrirte Fälle aus der Frauenpraxis. Fürs Deutsche bearb. v. A. Rosenau. Mit e. einführ. Vorwort von F. von Winckel. Mit zum Theil farb. Abbildgn. Leipzig, Ambr. Abel 1893 16°. 6 M.

279 Berlin, Guide du diagnostic gynécologique à l' usage des praticiens. Avec une préface par le Dr. Auvard. Avec fig. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1893 (XVI, 280 p.) 8°. fr. 6.—.

280 Bigg (G. S.), The Wife's health. New and revised edition. London. Record Press 1893 (120 p.) 8°. 1/6.

281 Bonnet (S.) et P. Petit, Traité pratique de Gynécologie. Introduction par le Prof. A. Charpentier. Paris, J. B. Baillière & Fils 1893 (804 p. avec 297 fig.) 8°. fr. 15.—.

282 Nijhoff (G. C.), Recensie v. h. voorgaande. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 2.

283 Brewis (N. T.), Outlines of Gynaecological Diagnosis. With 20 ill. Edinburgh. Clay. 1894. 8°. 2/6.

284 Bushong (C. H.), Modern Gynecology: a treatise on diseases of women comprising the results of the latest investigation and treatment in this branch of medical science. Illustrated. New-York, E. B. Treat 1893 (II, 380 p.) 8°. Doll. 2.75.

285 Churchill (F.) A Handbook of Obstetric and Gynæcological Nursing: Being the 5th ed. of „Manual for Midwives". Revised and greatly enlarged by Thomas More Madden. With numerous Illustr. Fannin (Dublin), Baillière, Tindall and Cox 1893 (212 p.) 12°. 4 Sh.

287 Cragin (E. B.), Essentials of Gynaecology. 3d ed. London, Kimpton 1893. 8°. 4 Sh.

288 Dewees (W. B.), Postural Pathology and Therapeutics in Obstetrics and Gynecology. — *Med. and surg. reporter* 15.

289 Duffey (E. B.), Was die Frauen wissen sollten. Das Buch einer Frau f. die Frauen. Enth. prakt. Belehrungen f. Frauen u. Mütter. Autoris. Ubersetzg. v. Emma Emmerich, 2e Aufl. München, J. Palm 1894 (XVI, 243 S.) gr. 8°. M. 3.—; geb. 4.—.

290 Fehling (H.), Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Mit 240 Abbildgn. Stuttgart, Enke. 1893 (XII, 549 S.) 8°. M. 13.—.

291 Hart (D. B.), Selected Papers in Gynæcology and Obstetrics. London, Johnston 1893 (IV, 220 p.) 8°. 10/6.

292 Hennig (Karl), Die Frauenkrankheiten, im Abrisse dargestellt. Leipzig, A. Deichert Nachf. 1893 (175 S.) 8°. M. 3.—; geb. in Leinw. 3.40.

293 Jankau (L.), An junge Frauen. Briefwechsel üb. Krankheiten des weiblichen Geschlechts, Schwangerschaft, Geburt, Ernährung. der Kinder. München, Seitz & Schauer. 1893 (XII, 104 S.) 8°. M. 2.—.

294 – Anatomie, Physiologie u. Hygiene der geschlechtsreifen Tochter. Für Eltern u. Erzieher. München, Seitz & Schauer 1893 (56 S.) 8°. M. 1.50.

295 Lewers (A. H. N.), A practical Text-book of the diseases of Women. With 144 ill. 4th ed. London, Lewis 1893 (VIII, 436 p.) 8°. 10/6.

296 Leyden (H.), Die Entwickelung der modernen Frauenheilkunde. — *Deutsche Revue*. Dec.

298 Madden (T. M.), Clinical Gynæcology: being a Handbook of Diseases peculiar to Women. With 259 Illusts. London, Baillière, Tindall and Cox 1893 (VI, 560 p.) 8°. 2/6.

299 Mantegazza (Paul), Die Physiologie des Weibes. Aus dem Ital. von R. Teuscher. 2 Aufl. Jena, H. Costenoble 1893, (XI, 505 S.) 8°. M. 3.—.

300 Oliver (J.), Manual of the Diseases peculiar to Women. London, Churchill, 1893 (196 p.) 8°. 3/6.

301 Phillips (J.), Outlines of the diseases of Women. With 120 Ill. London, C. Griffin & Co. 1893 (IV, 290 p.) 8°. 7/6.

302 Reynolds (J.), Notes on diseases of Women. 4th ed. Enlarged and revised. London, Churchill 1894 (IV, 189 p.) 8°. 3/6.

303 Santos Junior (J. J. dos) Considérations sur la bactériologie gynécologique. Thèse. Paris, G. Steinheil 1894. 8°. fr. 3.50.

304 Schoondermark Jr. (J.), Onze „ziekelijke" vrouwen. Met 4 Afb. Amsterdam. W. B. Moransard 1893 (IV, 76 blz.) 8°.

305 Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Hrsg. von H. von Ziemssen. Bd. 10. Leipzig, F. C. W. Vogel 1893. 8°.

Bd. 10. Carl Schroeder's Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 11. Aufl., umgearb. u. hrsg. v. M. Hofmeier. (XVI, 581 S. m. 186 Abbildgn.) M. 12.—; geb. M. 14.—.

306 Schroeder (W.), Der Frauenarzt. Gemeinverständliche Darstellung der Frauenkrankheiten, Wesen, Ursachen, Verhütung, Behandlung. Berlin, Steinitz. 1893. (234 S.). M. 3.50.

307 Simon (F. B.), Die Gesundheitspflege des Weibes. 2 Aufl. (M. 34 Abbildgn. u. 1 farb. Taf.) Stuttgart, J. H. W. Dietz 1893. (VIII, 395 S.). 8°. M. 2.—.

308 Die Klinische Therapie der Gegenwart. Nach Mittheilungen aus den Kliniken Oesterreich-Ungarns, Deutschlands etc. Hft. 2. Wien, M. Breitenstein 1893 (34 S.) 8°. M. —.50.

2. Die Therapie an den geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. dr. C. von Rokitansky in Graz. B. Gynäkologie. Referirt van Dr. Ritter v. Steinbüchel.

309 Students' Handbook of Gynaecology. Specially designed to assist those commencing the Study of Diseases of Women. Illust. with 49 Engravings. Livingstone (Edinburgh). London Simpkin 1893 (178 p.) 8°. 5/.

310 Wood (J. C.), A Textbook of Gynecology. Illustrated. Philadelphia, Boericke and Tafel 1894 (22, 858 p.) 8°. doll. 6.—.

b. *Bijzondere Vrouwenziekten.*

311 Aulnay (R. d'), Traitement des végétations génitales chez la femme. — *Arch. de tocol.* 10.

312 ——, Traitement des végétations génitales chez la femme. Paris, Battaille & Co. 1893 (23 p.) 8°.

313 Frankenburger (A.), Beitrag zur Kasuistik und Aetiologie der primären Genital-tuberkulose des Weibes. — *Münch. med. Wchschr.* 17.

314 Kochenburger, Die Missbildung der weiblichen Genitalien. — *Ztschr. f. Geburtsh.* Bd. XXVI, 1.

315 Fürst (Livius), Die Hygiene der Menstruation im normalen u. krankhaften Zustande. Dem gegenwärt. Standpunkte der Wissenschaften entsprechend f.

Frauen gemeinfasslich dargestellt. Leipzig, A. Langkammer. 1893. (VI, 108 S. m. 2 Abbildgn.) 8°. Geb. M. 3.20.

316 Klopstock (M.), Ueber Augenleiden im Gefolge von Menstruationsanomalien. Diss. Freiburg 1893. (59 S.). 8°.

317 Sauvez (E.), Influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire. Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 11 Oct. 1892. Chateauroux 1893 (7 p.) 8°.

318 Garat (P.), Influence de la ménopause sur le développement de la folie. Thèse. Paris, Steinheil 1893 (103 p.) 4°.

319 Bansi (F.), Zusammenstellung der bis jetzt bekannten Fälle von Echinococcus der Brustdrüse nebst Mitteilung eines neuen Falles aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald. Diss. Greifswald 1893. (28 S.) 8°.

320 Janzen (J. E.), Bijdrage tot de statistiek over Carcinoma Mammae. Proefschrift. Leiden, Ed. IJdo 1893 (VIII, 112 blz.) 8°.

321 Kirchoff, Ein Tumor der kleinen Schamlippe. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 45.

322 Berggrün (E.), Bakteriologische Untersuchungen bei der Vulvo-vaginitis kleiner Mädchen. — *Arch. f. Kinderheilk.* Bd. XV, 5/6.

323 Blezinger (Edm.), Ein Beitrag zur Casuistik der Verletzungen der Scheide. Diss. Tübingen, F. Pietzcker 1893 (20 S.) 8°.

324 Boari (A.), Delle fistule vesico-vaginali. Ferrara, G. Montanari 1893 (47 p.) 8°.

324a Condamin (B.), Notes gynécologiques. Dangers de certains pessaires; de l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne; Fistule urétérale, néphrectomie, guérison; Enorme distension vésicale par fibrome utérin, ablation de celui-ci, guérison. Lyon, Imp. Plan. 1894 (27 p.) 8°.

325 Von Dittel, Abdominale Blasenscheidenfisteloperation. — *Wien. Klin. Wchschr.* 25.

325a Green (C. M.), Lacerations of the vagina bij coitus. — *Boston. med. journ.* 15.

326 Ingermann-Amitin (Anna), Zur Casuistik der primären Vaginal- u. Vulva-Carcinome. Diss. Bern, (H. Koerber) 1893. (35 S.) M. —.70.

327 Napier (A. D. L.), The operative treatment of vaginal, uterine and ovarian displacements. — *Brit. gynaecol. journ.* Aug.

328 Pincus (L.), Ueber den Anus praeternaturalis vestibularis et vaginalis (die sogenannte Atresia ani vaginalis). Leipzig, Breitkopf & Härtel 1893 (28 S.) 8°. M. —.75. Samml. Klinischer Vorträge N. F. 80.

329 Hansen (C.), Ein Fall von Schnürwirkungen an den Baucheingeweiden. Diss. Kiel 1893. (16 S.) 8°.

330 Hertz (Paul), Abnormitäten in der Lage u. Form der Bauchorgane bei dem erwachsenen Weibe, eine Folge des Schnürens u. Hängebauches. Eine pathologisch-anatom. Untersuchung. (M. 33 Abbildgn. auf 9 Taf.) Berlin, S. Karger 1893 (55 S.) 8°. M. 2.—

331 Mathieu (A.), L'estomac et le corset. — *Gaz. d. hopitaux* 14 Sept.

332 Chamney (S.), Ueber die Anatomie u. Aetiologie der Wanderniere. Diss. London. (Bern, H. Koerber) 1893 (27 S.) 8°. M. —.60.

333 Siepman (G.), Die Behandlung der Wanderniere. Diss. Berlin 1893 (29 S.) 8°.

334 Treub (H.), De wandelende nier. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 1.

335 Geisthövel (F.), Klinische Beobachtungen an 35 mit Urinfisteln behafteten Frauen. Diss. Strassburg 1893. (96 S. m. Abb.) 8°.

335a Meisels (W. A.), Ueber Strikturen der weiblichen Urethra. — *Wien. med. Wchschr.* 12. 13.

336 Pepin (E. A.), Pathogénie et traitement opératoire de l'incontinence uréthrale d'urine chez la femme. Thèse. Paris, Steinheil 1893 (96 p.) 4°.

337 Richard (G.), De l'uréthrite chez la femme, ses formes et ses variétés. Paris, Soc. d'éditions scient. 1893 (IV, 164 p.) 8°. fr. 5.—.

338 Simpson (A. R.), Prolapse of the female urethra. — *Edinb. med. journ.* Oct.
339 Steinthal, Zur Kasuistik der Ureteren-Cervixfisteln. — *Med. Krrspdsbl. d. württemb. ärztl. Landesv.* 13.
340 Atenstaedt (Curt), 2 Fälle v. Fibroma cysticum des Uterus. Diss. Tübingen, F. Pietzcker 1893 (37 S.) 8°.
341 Boiffin (A.), Tumeurs fibreuses de l'Utérus. Av. fig. Paris, Rueff & Co. 1893. 16°. fr. 3.50.
Bibliothèque médicale publiée par J. M. Charcot et G. M. Debove.
342 Bouilly, De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical. — *Bullet. de la soc. de chir. de Paris* 2. — *Sem. médic.* 11.
343 Breus (C.) Ueber wahre Epithel führende Cystenbildung in Uterusmyomen. Mit 6 Holzschn. u. 1 Taf. Wien, Franz Deuticke 1893 (36 S) 8°. M. 2.50.
344 Budin (P.), Des hémorrhagies utérines dues à la rupture du sinus circulaire. Avec fig. Clermont, Daix frères 1893 (22 p.) 8°.
345 Camescasse (P.), Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. Thèse. Paris, Steinheil 1893 (144 p.) 4°.
346 Cipinsky, Ein Fall von Uterus subseptus. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 33.
347 Condamin (R.), D'une modification des rapports de la vessie dans les prolapsus utérins non compliqués de cystocèle; possibilité de blesser la vessie dans l'hystéropexie. — *Lyon méd.* 24.
348 ——, Idem. Lyon, Plan 1893 (12 p.) 8°.
349 Doléris (J. A.), Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. — *Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol.* 2—5.
350 Evans (Z. H.) The nature of and choice of methods in treatment of uterine cancer. — *Buffalo med. and surg. journ.* 11.
351 Franqué (O. v.), Hyaline und myxomatöse Degeneration in Uterussarkomen. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 43.
352 Gelpke (L.). Beitrag zur operativen Behandlung der Lageveränderungen der Gebärmutter. — *Ztschr. f. Geburtshilfe.* Bd. XXVI, 2.
353 Gilles de la Tourette, Die Hysterie nach den Lehren der Salpêtrière. Mit e. Vorwort v. J. M. Charcot. Autorisirte, deutsche Ausg. v. Dr. Karl Grube. Normale oder interparoxysmale Hysterie. Wien, F. Deuticke 1893. (XIII, 330 S. m. Abbildgn.) Lex 8°. M. 7.50.
354 Ivanus (A.), Die Toleranz der Gebärmutter gegen traumatische und septische Einwirkungen. — *Wien. med. Wchschr.* 15.
355 Jacobs, Du cancer utérin. — *Arch. de tocol.* 9.
356 Janet, Réceptivité de l'uréthre et de l'utérus, blennorrhagie et mariage. — *Als voren* 9.
357 Lehr (S.), Zur Aetiologie des Uterusprolapses bei Nulliparen. Diss. Berlin, 1893· (48 S.) 8°.
358 Leyden (H.), Adhäsive Implantation eines Uterusmyoms in den Cervicalkanal. — *Ztschr. f. Geburtshilfe.* Bd. XXVI, 2.
359 Loimann (G.), Zur Therapie der chronischen Metritis. — *Therapeut. Mtsh.* 8.
360 McCourt (P.), The non-operative treatment of uterine diseases. — *Med. record.* 19.
361 Metzlar (G.), Over de accidenteele doorboring van den Uterus met instrumenten. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.*. V, I.
362 Meyer (E. v.), Aus den chirurgischen Universitätsklinik zu Heidelberg van Prof. Czerny. Die operative Behandlung der Uterusmyome in den Jahren 1878—1892. — *Ztschr. f. Geburtsh.* XXVIII, 1.
363 Patru (C.), Endométrite purulente sénile ou endométrite atrophiante. — *Rev. méd. de la Suisse romande.* 5.

364 Pépin (E.), Etude sur la pathogénie de l'hydrorrhée des fibromyomes utérins. — *Journ. de méd. de Bordeaux* 6.
365 Peter (M.), Ueber die carcinomatöse Degeneration der Uterusfibromyome. Diss. Freiburg 1893. (34 S.) 8°.
366 Sänger (M.), Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und anderen deciduale Geschwülste — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 1.
367 Schönheimer (H.), Zur pathologischen Anatomie und Symptomatologie der menstruellen Uterus-Abscheidungen. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 2.
368 Thibaud (L.), Des malformations utérines au point de vue clinique. Etude faite à l'aide des cas qui ont été publiés dans la littérature médicale pendant ces dix dernières années. Thèse. Paris, Davy 1893. (50 p.) 4°.
369 Thornton (J. K.), The treatment of fibromyoma uteri. — *Brit. med. journ.* p. 1675.
370 Tipjakoff, Zur Frage der Therapie der Gebärmutterretroflexionen. — *Dtsche med. Wchschr.* 42.
371 Winter (G.), Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive. Mit 1 Taf. u. 18 Fig. Stuttgart, Enke 1893 (67 S.) 8°. M. 3.
372 Wolf (S.), Beiträge zur Kenntnis des Cervicalsekrets bei chronischen Endometritiden. — *Münch. med. Wchschr.* 37. 38.
373 Asch (R.), Ueber die operative Behandlung der Salpingo-Oophoritis. — *Dtsche med. Wchschr.* 40. 42.
374 Bachmann (G.), Ueber den Mechanismus der Achsendrehung bei Ovarialgeschwülsten. — *Krrspdzbl. f. schweizer Aerzte.* 19.
375 Binaud, (J. W.), Fibro-myome pédiculé développé primitivement dans l'épaisseur du ligament large. — *Gaz. hebdomad. d. sciences méd.* 21.
376 Dayot (H.), Enorme Kyste de l'ovaire chez une jeune fille de dix-sept ans. Ablation. — Guérison. Le Mans, Monnoyer 1893 (9 p.) 8°.
377 Felgenauer (J.), Ueber doppelseitige Ovario-Salpingotomieen. Diss. Berlin 1893. (31 S.) 8°.
378 Layer (F.), 14 Fälle von Cysten des Ligamentum latum (Parovarialcysten). Diss. Tübingen, Franz Pietzker 1893 (25 S.) M. 0.70.
379 Luther (E.), Ueber die Gonorrhoe beim Weibe. Leipzig, Breitkopff & Härtel 1894 (50 S.) 8°. M. 1.50.
Samml. Klinischer Vorträge. N. F. 82, 83.
380 Mann (M. D.), The relation of gonorrhea to pelvic diseases in women. — *Buffalo med. and surg. journ.* 8.
381 Monnier (L.), Kyste multiloculaire de l'ovaire chez une filette de quatorze ans et demi; ovariotomie, guérison. — *La France méd.* 22.
382 Picqué (L.) et P. R. Charrier, Contribution à l'étude des lésions de l'ovaire et de la trompe. — *Annal. de gynécol.* Juin.
383 Prochownick (L.), Ein Beitrag zur Kenntniss der Eileitersäcke. — *Dtsche med. Wchschr.* 21.
384 Verchère (F.), La Blennorrhagie chez la femme: étiologie, organes génitaux externes, urèthre et vessie. Paris, Rueff & Co. 1894, 2 vol. (T. I, 238, T. II, 227 p.) 8°. fr. 7.—
Bibliothèque médicale, publ. par J. M. Charcot et G. M. Debove.
385 Werth (R.), Ueber posttyphöse Eiterung in Ovariencysten. — *Dtsche med. Wchschr.* 21.
386 Williams (J. W.), Papillomatous tumor of the ovary. — *Johns Hopkins hosp. reports* Vol. III, 1—3.
387 — Tuberculosis of the female generative organs. — *Als voren.* 1—3.
388 Cullingworth (C. J.), Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit. — *Internat. klin. Rundschau.* 39—42.

389 Felsenreich, Beckenneigung und Genitalprolaps. — *Wien. med. Wchschr.* 15—18.

390 Gerich (O.), Ueber die Beckenneigung bei der Estin u. ihre Beziehung zu der Retroversio-flexio uteri. Diss. Jurjew, (E. J. Karow) 1893. gr. 8°. (56 S. m. 1 Taf.) M. 1.20.

392 Schmidt (F.), Ueber Echinococcus im weiblichen Becken. Diss. Halle 1893. (33 S.) 8°.

393 Stanulla (R.), Ueber Bauchdeckenfibrome. Diss. Greifswald, 1893 (21 S.) 8°.

394 Stone (J. S.) One hundred operations for severe structural disease of the abdominal and pelvic organs of women. — *New York med. journ.* II, 17.

395 Mitteilungen aus Kliniken u. medicinischen Instituten der Schweiz. I. Reihe. 1. Basel. C. Sallmann 1893. gr. 8°.

1. Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Ein Beitrag zur Lehre der Continuitäts-Infectionen u. der Contiguitäts-Entzündungen v. Dr. E. Tafel u. Otto Lanz (XII, 179 S. m. 8 Lichtdr.-Taf. u. 8 Bl. Erklärgn.) M. 6.

396 Treub (H.), Een en ander over de therapie der bekken-neuralgieën. — *Ned. Tijdsch. v. Verlosk.* V, 3.

397 Voigt (Th.), Verlegung der Beckenhöhle durch ein grosses Cervicalmyom. — *Münch. med. Wchenschr.* 22.

398 Pieconka (Rich.), Ueber freie Körper in der Bauchhöhle unter Anfügung e. derartigen in der Königsberger-Frauenklinik operirten Falles. Diss. Königsberg (Gräfe & Unzer's Sort), 1893 (21 S.) 8°.

c. *Bijzondere Kunstbewerkingen.*

399 Nijhoff (D. C.), Over vaginale operatiën ter bestrijding van retroflexio uteri. — *Ned. Tijdsch. v. Verlosk.* V, 3.

400 Landau, Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren. — *Arch. f. Gynäk.* XLVI, 1.

401 Pozzi, Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus. — *Bullet. de la soc. de chir. de Paris.* 2.

402 Schauta (F.), Ueber die Indikationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen. — *Wien. med. Wchschr.* 24—27.

403 Laroyenne, De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite. — *Annal. de gynécol.* Juillet.

404 Martin (L. F. A.), Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites. Paris, G. Steinheil, 1894 8°. fr. 4.—.

405 Veslin (L.), Ablation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée. Paris, G. Steinheil 1894. 8°. fr. 3.50.

406 Lanz (O.), Die Alquié-Alexander'sche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio uteri nach Kocher. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 2.

407 Boryssowicz (Th.), Ueber die partielle sattelförmige Amputation der Portio vaginalis uteri. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 2.

408 Fischel (W.), Ueber einen Fall von Amputatio uteri supravaginalis nach der Fritschen Methode. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 34.

409 Kellmann (A.), Ueber Castration. Dissertation. Greifswald 1893 (25 S.) 8°.

410 Levrat (G.), De la valeur de la castration ovarienne dans les fibromes utérins. Thèse, Lyon 1893 (86 p.) 8°.

411 Neithardt (A.), Resultate nach Castration der Frauen bei Myomen des Uterus. Diss. Berlin 1893. (32 S.) 8°.

412 Preindlsberger (J.), Ein Fall von Kastration wegen Osteomalakie bei einer Nullipara. — *Wien. klin. Wchschr.* 21.

413 Bonteil (P.), Du curettage de l'utérus sans abaissement forcé à la vulve. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1894 (IV, 84 p.) 8°. fr. 3.—

414 Goullioud, Du débridement vaginal des collections pelviennes (méthode du professeur Laroyenne). — *Arch. provinc. de chirurgie* 6.
415 Fenger (C.), Hyperplastic salpingitis and its operative treatment by drainage. — *Med. record.* 22.
416 Hahn (H. H.), Electricity in Gynecology. — *Journ. of the Amer. med. assoc.* 12.
417 Houdart (J.), L'électricité en gynécologie. Paris, J. B. Baillière & fils 1894 (VI, 136 p.) 8°. fr. 3.50.
418 Mally, Le traitement électrique des fibromes utérins. — *Annal. de gynécol.* Oct.
419 Martin (F. H.), Electricity in diseases of women and obstetrics. Chicago, W. T. Keener Co. 1893 (XIV, 278 p.) 8°. doll. 2.—.
420 Pander (H.), Ueber gynäkologische Elektrotherapie. — *St. Petersb. med. Wchschr.* 14.
421 Parsons, Absorption of a large fibromyoma by Apostoli's treatment. — *Brit. gynaecol. journ.* 2.
422 Raab (E.), Beitrag zur Apostoli'schen Gynäko-Elektrotherapie. — *Wien. med. Presse* 13—15.
423 Ziegenspeck, Ueber Apostoli's Verfahren und über einen elektrotherapeutischen Universalapparat. — *Dtsche Medicinal-Ztg.* 50.
424 Abel (G.), Zur Technik und Indikation der sacralen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 19.
425 Abel, Zur Technik der vaginalen Uterusexstirpation. — *Arch. f. Gynaek.* XLVI, 1.
426 Ditges (C.), Beitrag zur Frage der Behandlung der carcinomatösen Gebärmutter durch Totalexstirpation und auf palliativem Wege. Diss. Strassburg 1893. (42 S.) 8°.
427 Dorff, De l'exstirpation de la matrice dans les cas de cancer utérin. — *Presse méd. belge* 13.
428 Goullioud (P.), Exstirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. — *Lyon méd.* 5, 6.
429 Landau (Th.), Zur Geschichte und Technik der Totalexstirpation der Gebärmutter. — *Berl. klin. Wchschr.* 24—26.
430 — Zur Indikation der Totalexstirpation der carcinomatösen Gebärmutter. — *Als voren* 27.
431 Steinthal (C. F.), Zur sacralen Methode der Uterusexstirpation. — *Dtsche med. Wchschr.* 21.
432 Dührssen, Ueber Vaginofixatio uteri. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 30.
433 Kurz (E.), Eine einfache Vorrichtung zum Fixiren des Uterus und des Speculum. — *Als voren* 16.
434 Mackenrodt (A.), Zur Technik der Vaginofixation. — *Als voren* 29.
435 Steinbüchel (R.), Zur Technik der Vaginofixatio uteri (nach Mackenrodt). — *Als voren* 31.
436 Winter, Zur Technik der Vaginofixatio uteri (Mackenrodt). — *Als voren* 27.
437 Chaput, Traitement des fibromes utérins de volume moyen par l'hystérectomie totale vagino-abdominale. Clermont, Daix frères 1893 (11 p.).
438 Gross (F.), Hystérectomie abdomino-vaginale et hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. — *Semaine méd.* 12.
439 Jones (M. A. D.), Colpo-hysterectomy for malignant disease. — *Amer. journ. of obstetr. and dis. of women and children.* Vol. XXVII, 4, 5.
440 Lanphear (E.). A new and rapid method for hysterectomy. — *Annals of surg.* 3.
441 Le Moniet (S.), Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino-vaginale pour fibromes de l'Utérus. Paris, G. Steinheil 1894 8°. fr. 4.—.
442 McLaren (A.), Vaginal hysterectomy. — *Northwestern lancet.* 8.

443 Nitot, Présentation d'un volumineux fibrome de six kilogrammes enlevé par l'hystérectomie abdominale. — *Rev. obstétr. et gynécol.* 1.
444 Richelot (L. G.), Manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. — *Arch. génér. de méd.* 6. 7.
445 — Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins. — *Annal. de gynécol.* Juin.
446 —— De l'hystérectomie abdominale. — *Union méd.* 46.
447 Ruggi (G.), Dell isterectomia vaginale studiata nelle sue diverse applicazioni. Bologna, Gamberini e Parmeggiani. 1893 (61 p) 8°.
448 Schönheimer (H.), Zur Multiplicität maligner Tumoren nebst Bemerkungen zur vaginalen Hysterektomie. — *Dtsche med. Wchschr.* 15.
449 Delaunay (E.), Des opérations conservatrices de l'ovaire. — Ignipuncture. — Résection partielle. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1893 (IV, 54 p.) 8°. fr. 2.—
450 Boari (A.), Di un caso di peritonite tubercolare guarito colla laparotomia dal dott. Raffaele Ciappini. Ferrara, G. Montanari 1893 (16 p.) 8°.
451 Fabre (J.), De la réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente de la plaie de laparotomie au niveau d'ouverture nécessitée par le drainage abdominal. — *Annal. de gynécol.* Oct.
452 Martin (A.), Die sogenannten „konservativen Operationen" an Ovarium, Tube und Uterus. — *Dtsche med. Wchschr.* 30.
453 Martin (F. H.), One year's work in tubal and ovarian laparotomies. Thirty-seven cases without a death. — *Journ. of the Amer. med. assoc.* 11.
454 Polaillon, Concrétion pierreuse du pavillon de la trompe. Douleurs excessives. Ablation par la laparotomie. Guérison. — *Bullet. de l'acad. de méd.* 32.
455 Terrier (F.), et H. Hartmann, Remarques cliniques anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération. — *Annal. de gynécol.* 5.
456 Brandt (Th.), Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. 2e Aufl. Mit 55 Abbildgn. Berlin, Fischer 1893 (X, 204 S.) 8°.
457 Goldspiegel-Sosnowska (Mme.), Traitement des maladies des femmes par la méthode Thure-Brandt (observations personelles de 1889 à 1893). — *Arch. génér. de médic.* Déc.
458 Brey (M.), Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chrobak. — *Prager med. Wchschr.* 20. 21.
459 Encke (F.), Ueber die Heilung der Wanderniere durch Nephrorrhaphie. Diss. Halle 1893. (26 S.) 8°.
460 Lee (H. C. van der), Iets over nephropexie. Acad. proefschrift. Leiden, C. Kooyker. 1893 (VIII, 54 blz.). 8°.
461 Koch (J. A.), Casuïstische bijdragen. 2. Secundaire darm-perforatie na dubbelzijdige Ovariotomie. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 2.
462 Rüttermann (H.), Parotitis nach Ovariotomie. Diss. Berlin 1893 (29 S.) 8°.
463 Feigenauer (J.), Ueber doppelseitige Ovario-Salpingotomieen. Diss. Berlin 1893 (30 S.) 8°.
464 Goullioud (P.), Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx (salpingectomie vaginale et unilatérale). — *Lyon médical* 5. 6.
465 Koch (J. A.), Casuïstische bijdragen. 1. Een Ascaris bij salpingotomie te voorschijn gebracht. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 2.
466 Meyer (E. von), Zur operativen Behandlung der in Folge von Gynatresien auftretenden Hämatosalpinx mit besonderer Berücksichtigung der Salpingotomie. — *Beitr. z. klin. Chir. Bd. XI*, 1.
467 Asch (T.), Zur Gazetamponade des Uterus. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 42.

468 Faucon (V.), Note sur le tamponnement hémostatique extra-péritonéal, dans un cas d'hémorrhagie en nappe, après l'ovariotomie. — *Arch. de tocol.* 10.
469 Kehrer (F. A.), Zur Technik der Uterustamponade. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 18.
470 Liebersohn (E.). Zur Tamponade der Scheide. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 32.
471 Wachenfeld. Zur Technik der Uterustamponade mit Gaze. — *Als voren* 36.
472 Koch (J. A.), Casuïstische bijdragen. 3. Verwijdering van een stuk jodoformgaas uit de buikholte (met naschrift van Dr. G. C. Nijhoff). — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 2.
473 Kelly (H. A.), Uretero-ureteral Anastomosis. Uretero-Ureterostomy. Remarks bij Dr. Bloodgood. — *Bull. of the Johns Hopkins Hospital* IV, 34.
474 Stern (E.), Zur Urethroplastik beim Weibe. Diss. Heidelberg 1893 (29 S.) 8°.

d. *Bijzondere middelen. — Instrumenten.*

475 Bibliothek (Medicinische) f. praktische Aerzte. N°. 30—33. Leipzig, C. G. Naumann 1893 12°.

Asepsis in der Gynäkologie u. Geburtshülfe. Von M. Sänger u. W. Odenthal. (VII, 128 S. m. 42. Abbildgn. u. 2 Taf.) Geb. M. 2.—

476 Condamin et Repelin (E.), De l'emploi des crayons de chlorure de zinc dans les fibromes utérins. — *Arch. de tocol.* 10.
477 Gehlig (E.), Ueber intrauterine Chlorzinkverschorfung nach Dumontpallier. Dissertation. Leipzig 1893 (27 S.) 8°.
478 Repelin (E.), Traitement de certains fibromes utérins par les crayons au chlorure de zinc. Thèse. Lyon, Imp. nouvelle 1893 (63 p.) 4°.
479 Rossa (E.), Lysol in der Gynäkologie und Geburtshilfe. — *Wien. klin. Wchschr.* 24.
480 d'Aulnay (G. R.), Du bleu de méthylène comme traitement dans différentes maladies infectieuses et particulièrement dans la vaginite purulente d'origine blenorrhagique. — *Bull. gén. de thérapeut* Mai 15.
481 Kayser (H.), Ueber den Einfluss des Salipyrins bei Gebärmutterblutungen. — *Dtsche med. Wchschr.* 43.
482 Bruck (J.), Ueber die Lokalbehandlung von Frauenleiden während der Badekur. — *Pester med.-chir. Presse* 17.
483 Dührssen, Ueber Heilerfolge von Bädern bei Frauenkrankheiten. — *Dtsche Medicinal-Ztg.* 44.
484 Tuszkay (E.), Die Wasserbehandlung in der Gynäkologie u. Geburtshilfe. — *Internat. klin. Rundschau* 19.
485 Weis (O. v.), Ueber das geburtshilflich-gynäkologische Instrumentarium des praktischen Arztes. — *Wien. klin. Wchschr.* 8.
486 Ekstein, Nochmals das geburtshilflich-gynäkologische Instrumentarium des praktischen Arztes. — *Wien. klin. Wchschr* 23. — Erwiederung von O. v. Weiss. *Als voren.* 25.
487 Bazzanella (V.), Ein Trinkglas nach 10 Jahren aus der Vagina mittels Forceps entfernt. — *Wien. klin. Wchschr.* 9.
488 Troisfontaines, Sonde utérine à dilatation élastique. — *Bullet. de l'acad. R. de méd. de Belgique* 3.
489 Orthmann (E. G.), Eine verstellbare Sondenzange zur Vaginofixation. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 45.
490 Mensinga, Ein Uterusstopfer zur Uterustamponade. — *Als voren.* 43.

III. VERLOSKUNDE.

a. *Geschiedenis.*

491 Witkowski (G. J.), Les Accouchements dans les beaux-arts, dans la littérature et au théatre. Paris, G. Steinheil 1894 (VIII, 592 p. avec 212 fig.) 8°. fr. 15.—

b. *Algemeene Hand- en Leerboeken. — Verzamelingen.*

492 Auvard (A.), Thérapeutique obstétricale. Avec 82 fig. Paris, O. Doin 1893 (VIII, 225 p.) 8°. fr. 4.—.

493 Cuzzi (A.), Manuale di ostetricia ad uso delle levatrici. 3a ed. Con 200 incis. Milano 1893 (VIII, 400 p.) 8°. L. 8.—

494 Donald (A.), An Introduction to Midwifery: a Handbook for medical Students and Midwifes. With numerous illustrations. London, C. Griffin & Co. 1894 (VIII, 186 p.) 8°. 5/.

495 Galabin (A. L.), Manual of Midwifery. 3d ed. illustrated. London, Churchill 1894 (VIII, 895 p.) 8°. 15/.

496 Haultain (T. W. N.), A practical Handbook of Midwifery. Illustrated. London, Scientific press 1894 (VIII, 298 p. 8°.) 6/.

497 Heitzmann (J.), Compendium der Geburtshilfe. Wien, M. Perles 1893. (VI, 371 S. m. 150 Holzschn.) 8°. M. 10.—.

498 Hennig (K.), Die Geburtshilfe, im Abrisse dargestellt. M. Abbildgn. Leipzig, Andr. Deichert 1893 (IV, 208 S.) M. 2.70.

499 Jewett (C.), Outlines of Obstetrics; a syllabus of lectures delivered at the Long Island College Hospital. Philadelphia, W. D. Saunders 1894 (IV, 264 p.) 8°. Doll. 2.—

500 Kleinschmidt (Geo.), Vademecum f. den Geburtshelfer. München, J. Lindauer 1893 (VII, 118 S.) 12°. Geb. in Leinw. M. 2.50.

501 Lange (M.), Vademecum der Geburtshilfe. 2e Aufl. Mit 17 Abbildgn. Königsberg i/Pr. Beyer 1893 (X, 216 S.) 8°. M. 5.

502 Leopold e Credé, L'esame ostetrico, con prefazione del dott. C. Marocco sull' infezione puerperale e note: breve guida per medici, studenti in medicina, levatrici e studenti levatrici. Milano, F. Vallardi 1893 (IV, 34 p.) 16° L. 1.—
Piccola biblioteca medica contemporanea.

503 —— A short guide to the examination of Lying-in-Women. Transl. bij W. H. Wilson. London, Hifschreld 1894. 8°. 1/6.

504 Maygrier (Ch.), Leçons de clinique obstétricale. Paris, Doin 1893. 8°. fr. 5.—

505 Playfair (W. S.), Treatise on the science and practice of Midwifery. 8th ed. London, Smith, Elder & Co. 1893. 2 vol. (VIII, 880 p.) 8°. 28 Shill.

506 Rémy (J.), Précis de médecine opératoire obstétricale. Avec 185 fig. Paris, J. B. Baillière & Fils 1893 (VI, 460 p.) 16°. fr. 6.—.

507 Ribemont-Dessaignes (A.) et G. Lepage, Précis d'obstétrique. Avec 480 fig. Paris, G. Masson 1894 (1300 p.) 8°. fr. 30.—

508 Runge, (M.), Lehrbuch der Geburtshülfe. 2e Aufl. Berlin, J. Springer 1893 (XIV, 543 S. m. Abbildgn.) 8°. In Leinw. geb. M. 9.—

509 Schroeder (K.), Lehrbuch der Geburtshülfe. 12e Aufl. neu bearbeitet von R. Olshausen und J. Veit. Mit 162 Holzschn. Bonn, F. Cohen 1893 (XI, 925 S.) 8°. M. 16.—.

510 Swayne (J. G.), Obstetrical Aphorisms For the use of students commencing Midwifery Practice. 10th ed. London, Churchill 1893 (IV, 176 p.) 8°. 3/6.

511 Klinische Zeit- u. Streitfragen, Bb. VII. 7 Hft. Wien. A. Hölder 8°. M. 1.—
Zur Reform des Hebammenwesens in Oesterreich. Von Dr. Ekstein. (S. 237—276).

512 Transactions of the Edinburgh obstetrical Society. Vol. XVIII. Session 1892—93, Edinburgh, Oliver & Boyd 1894 (VIII, 306 p.) 8°. 8/6.

513 Heeg (S.), Verslag der verloskundige kliniek en polikliniek aan de rijksuniversiteit te Leiden, cursus 1891—'92, benevens eenige statistische opgaven uit de jaren 1881—'86 en 1887—'92. Proefschrift. Amsterdam, S. L. van Looy en H. Gerlings. 1894. (VIII, 80 blz.) 8°.

514 Die klinische Therapie der Gegenwart. Nach Mitteilungen. aus den Kliniken Oesterreich-Ungarns, Deutschlands etc., Hft. I. Wien, M. Breitenstein 1893. 8°. M. —.50.

1. Die Therapie an der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Carl v. Rokitansky in Graz. A. Geburtshilfe. Referirt Emil Rossa. (24 S).

c. *Bevruchting.*

515 Debay (A.), Physiologie u. Hygiene des Ehelebens. Medizinische u. naturgeschichtliche Darstellung von Mann u. Weib in der Ehe. Nebst e. Hygiene der schwangeren Frau u. des Neugeborenen. Nach der 140. Aufl des französ. Originals ins Deutsche übersetzt. Berlin, A. H. Fried & Co. 1893 (XII, 354 S.) 8°. M. 3.—

516 Gerlach (H.), Die Einschränkung der Kinderzahl durch Verhütung der Empfängniss. Berlin, Caffirer & Danziger. (36 S.) 8°. M. 1.—

518 Klinik (Berliner), Sammlung klinischer Vorträge. Hrsg. v. Dr. Herm. Frank. 69. Hft. Berlin, Fischer's medicin. Buchh. 1893. 8°. M. —.60.

Zur Unfruchtbarkeit des Weibes. Von Dr. W. Bokelmann. (21 S.).

d. *Zwangerschap en ziekten der zwangeren.*

519 Bouchacourt (A.), Contribution hippocratique à l'histoire de la grossesse nerveuse ou imaginaire. Lyon, Impr. Plan 1893 (15 p.) 8°.

520 Burckhardt (H.), Das Buch der jungen Frau. Ratschläge f. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. 4. Aufl. Leipzig, J. J. Weber 1893 (XII, 174 S. m. 1 Titelbild.) 8°. M. 2.—

521 Talasne (A.), Des conditions défavorables de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares agées. Paris, G. Steinheil 1894. fr. 2.50.

522 Distel (R.), Zur Unzurechnungsfähigkeit einer Schwangeren. — *Ztschr. f. d. gez. Strafrechtsw.* XIV, 2.

523 Bélisaire (N. B.), Etude sur la grossesse extra-utérine. Thèse. Montpellier, Boehm 1893 (121 p.) 8°.

524 Abel (K.), Ueber wiederholte Tubengravidität bei derselben Frau. — *Arch. f. gynäkol.* Bd. XLIV, 1.

525 Brandt (K.), Det ektopiske Svangerskab. Christiania, Th. Steen 1893. 8°. Kr. 1.50.

526 Cabot (A. T.), Report of cases of tubal pregnancy; with remarks upon the choice of operation. — *Boston med. and surg. journ.* 11.

527 Grillenzoni (C.) e R. Fusari, Sopra un caso di gravidanza estrauterina: relazione. Ferrara, Bresciani 1893 (12 p.) 8°.

528 Haven (G.), The diagnosis of extra-uterine pregnancy. — *Boston med. and surg. journ.* 5.

529 Kime (R. R.), Cases of extra-uterine pregnancy and pyosalpinx reported to Atlanta society of medicine. — *Atlanta med. and surg. journ.* 3.

530 Lingeol (P.), Un cas de grossesse tubaire. Bordeaux, Feret & Fils 1893 (32 p.) 8°.

531 Martin (A.), Ueber ektopische Schwangerschaft. — *Berl. klin. Wchschr.* 22—24.

532 Mayo (W. J.), Extra-uterine pregnancy. Its causes and varieties. — *Northwestern lancet* 7.

533 Muret (M.), Beitrag zur Lehre der Tubenschwangerschaft. — *Ztschr. f. Geburtsh. Bd. XXVI*, 1.

534 Reynolds (E.), Extra-uterine pregnancy. — *Boston med. and surg. journ.* 5.

535 Schrenck (Otto v.), Ueber ektopische Gravidität. Diss. Jurjew (Dorpat), E. J. Karow. (219 S.) 8°. M. 4.20.

536 Spannocchi (F.), Gravidanza estra-uterina. Memoria. Ferrara 1893 (171 p.) 8°.

537 Tille (H.), Ueber Ruptur einer Tubargravidität. Diss. Berlin 1893. (30 S.) 8°.

538 Whitney (W. E.), Extra-uterine pregnancy. — *Boston med. and surg. journ.* 5.

539 Zedel (J.), Zur Anatomie der schwangeren Tube mit besonderer Berücksichtigung des Baues der tubaren Placenta. — *Ztschr. f. Geburtsh.* Bd. XXVI, 1.

540 Würkert (M.), Zur Pathologie, Prognose und Therapie der durch Myome komplizierten Gravidität. Dissertation. Erlangen 1893 (90 S.) 8°.

541 Maksud (E.), Contribution à l'étude des hémorrhagies pendant la grossesse et l'accouchement. Diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta; Hémorrhagies dues à la rupture du sinus circulaire. Avec fig. Thèse. Beaugency, Imp. Laffray 1893 (95 p.) 4°.

542 Ballantyne (J. W.) and D. Milligan, A case of scarlet Fever in Pregnancy, with Infection of the Foetus. — *Edinb. Med. journal*, July.

543 Eberson (J. H.), Een geval van Chorea gravidarum. — *Ned. Tijdschr. v Verlosk.* V, 1.

544 Kirstein (Ed.), Ein Fall v. akuter Leukämie bei einer Schwangeren. Diss. Königsberg, W. Koch 1893 (38 S.) 8°.

545 Hopfenstand (L.), Ueber den Vorfall der Vagina und des Uterus in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diss. Bern 1893. (42 S.) 8°.

546 Bonneau (A.), De la compression des uretères par l'utérus gravide et des pyonéphroses consécutives. Thèse. Paris, G. Steinheil 1893 (69 p.) 4°.

547 Greiser (A.), Zur Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Rectumcarcinom. Diss. Leipzig, 1893 (39 S.) 8°.

548 Hernandez (E.), Traitement du cancer de l'utérus gravide. Paris, G. Steinheil 1894. 8°. fr. 3.50.

549 Scheibe (W.), Ueber die Complication des Uteruscarcinoms mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Dissertation. Halle 1893 (25 S.) 8°.

550 Wendriner (H.), Ueber Gravidität compliciert mit Uteruscarcinom. Diss. Tübingen, F. Pietzcker 1893 (30 S.) 8°. M. —.70.

551 Bernheim (M.), Traitement de l'éclampsie puerpérale en particulier par les injections souscutanées d'eau salée. Thèse. Paris, G. Steinheil 1893 (IV, 127 p.) 4°.

552 Butte (L.), De l'urée du sang dans l'éclampsie. Déductions pronostiques. — *Compt. rend.* T. CXVI, 9.

553 Bidder (E.), Ueber 455 Fälle von Eklampsie aus der St. Petersburger Gebäranstalt. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 1.

554 Porteous (J. L.), Eclampsia gravidarum et parturientium. — *Med. news* 6.

555 Leyden (E.), Ueber die Komplikation der Schwangerschaft mit chronischer Herzkrankheit. — *Ztschr. f. klin. Med.* Bd. XXIII, 1/2.

556 Kehr (H.), Ueber einen Fall von Schussverletzung des graviden Uterus. — *Centralbl. f. Chir.* 29.

557 Koch (R.), Ueber Magenblutungen in der Gravidität. — *St. Petersb. med. Wchschr.* 10.

558 Fischer (H.), Ueber Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 2.

559 Volkmar (A.), Ueber Nephritis der Schwangeren und Kreissenden. Diss. Erlangen 1893. (16 S.) 8°.

560 **Fehling** (H.). Die Blase in der Schwangerschaft und Geburt. Ein Beitrag zur Cervixfrage. — *Centrlbl. f. Gynäkol.* 23.
561 **Nijhoff** (G. C.), Eenige opmerkingen over psychosen in verband met zwangerschap, baring en kraambed. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, I.

e. *Vrucht en ziekten der vrucht.*

562 **Ballantyne** (J. W.), Studies in Foetal Pathology and Teratology. III. Allantoide-Angiopagous Twins. Paracephalus dipus acardiacus. — *Edinb. med. journ.* Oct.
563 **Blanc** (E.), Sur une cause non décrite de dystocie des têtes molles. — *Arch. de tocol.* 4.
564 **Blanc** (R.), Die foetale Hydrocephalie in geburtshilflicher Beziehung. Diss. Berlin 1893 (29 S.) 8°.
565 **Bludau** (F.), Beitrag zum Capitel der intrauterin erfolgten Frakturen bei Neugeborenen. Diss. Berlin 1893. (28 S.) 8°.
566 **Derlin** (P.), Ueber eineiige und zweieiige Zwillinge. Diss. Berlin 1893. (26 S.) 8°.
567 **Eustache** (G.), De la mort de l'un des foetus dans les cas de grossesse gémellaire. — *Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol.* 4.
568 **Feis**, Ueber die Wirkung des im mütterlichen Blut angehäuften Harnstoffs auf Uterus und Fötus. — *Arch. f. Gynaek.* XLVI, 1.
569 **Hollerbusch** (Jos.) Ueber die intrauterinen Unterschenkelbrüche. Fürth, G. Rosenberg 1893. (44 S.) 8°. M. —.80.
570 **Jores**, Ein seltener Fall von Zwillingen. — *Allg. med. Central-Ztg.* 22.
571 **Müller** (R.), Ein Fall von vielfachen Missbildungen. Diss. Kiel 1893. (24 S.) 8°.
572 **Popoff** (D.), Zur Morphologie und Histologie der Tuben und des Parovariums beim Menschen während des intra- und extra-uterinen Lebens bis zur Pubertät. — *Arch f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 2.
572*a* **Radtke** (E.), Zwei Fälle von intrauteriner Spontan-Amputation. Diss. Königsberg, W. Koch 1893. (26 S. m. 1 Taf.) 8°. M. 1.—.

f. *Leer van het bekken.*

573 **Neugebauer** (F. L.), Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken, speciell der Aetiologie und Genese der Promontorialexostosen, und zu der Frage der Geburtsläsionen der hinteren Wand des Tractus genitalis, so wie der Koincidenz von Läsionen an der hinteren und vorderen Wand desselben. — *Ztschr. f. Geburtshilfe* Bd. XXVI, 2.
574 **Reynaud** (P.), Examen externe du bassin normal en clinique obstétricale. Avec une planche. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1894 (73 p.) 8°. fr. 4.—.
575 **Tchérépakhine** (Al.), Cent vingt-deux observations de bassin oblique ovalaire. Etude critique de cinquante-quatre d'entre elles au point de vue du pronostic et de la marche de l'accouchement dans le bassin oblique ovalaire à ankylose sacro-iliaque unilatérale. Thèse. Paris, G. Steinheil 1893 (IV, 326 p. et tableaux) 4°. fr. 12.—
576 **Treub** (H.), Toestel ter demonstratie van den wederkeerigen invloed dien wervelkolom en bekken op elkander hebben. Met plaat. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 1.

g. *Abortus. — Kunstmatige vroeggeboorte. — Baring.*

577 **Auvard** (A.) et L. **Touvenaint**, De l'avortement foetal et de son traitement. — *Méd. moderne.* 25.

578 Blanc (E.), Note sur l'avortement effectué par le curettage de l'utérus dans les vomissements incoercibles de la grossesse. Saint-Etienne 1893 (8 p.) 8°.
579 Davis (E. P.), The treatment of incomplete abortion. — *Terapeut. gaz.* 2.
580 Gauthier (A.), Sur la rupture de la grossesse tubaire, et l'avortement tubaire. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1893. (IV, 96 p.) 8°. fr. 4.—
581 Haker (F.), Ueber Pyaemia post abortum. Diss. Berlin 1893. (30 S.) 8°.
582 Lomer, Ueber künstlichen Abortus bei Allgemeinerkrankung der Mutter. (Aus: „Der Frauenarzt".) Neuwied, Heuser 1893 (40 S.) 8°. M. 1.—
583 Mollath (G.), Wiederholte erfolgreiche Einleitung des künstlichen Abortus mit dem elektrischen Schröpfkopf. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 26.
584 Oliver (J.), On abortion. — *Edinburgh med. journ.* Aug. Sept.
585 Pollok (R.), The prophylaxis and treatment of abortion. — *Glasgow med. journ.* 4.
586 Finckh (Jul.), Ueber Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. Diss. Tübingen, F. Pietzcker 1893. (44 S. m. 1 Tab.) 8°. M. —.90.
587 Löhlein (H.), Ueber die Grenzen der künstlichen Frühgeburt. — *Dtsche med. Wchschr.* 21.
588 Abegg (H.), Inversio uteri. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 20.
589 Audebert, Deux cas de déchirure de l'utérus. — *Gaz. hebd. d. sciences méd. de Bordeaux* 16.
590 Aufrecht, Ueber das Auftreten von Eiweiss im Harn in Folge des Geburtsaktes. — *Centralbl. f. klin. Med.* 22.
591 Bidder (Frdr.), Ueber alte Erstgebärende, Diss. Mitau, E. J. Karow 1893. (73 S.) 8°. M. 1.50.
592 Corin, Ueber einen seltenen Fall von Sturzgeburt. — *Ztschr. f. Medicinalbeamte* 11.
593 Doorman (J. D.), De behandeling van ruptura uteri durante partu. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 1.
594 Edgar (J. C.), The mechanism and diagnosis of vertex presentation. — *New-York med. journ.* 8.
595 Fries (M.), Ueber die Frage der Cervix-Incisionen bei der Geburt. Diss. Jena 1893. (58 S.) 8°..
596 Gravier, De la conduite à tenir dans la présentation de la face. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1893. 8°. fr. 4.—
597 Greiser (A.), Zur Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Rectumcarcinom. Diss. Leipzig 1893. (39 S.) 8°.
598 Holländer (E.), Ueber die vom Mastdarm ausgehenden Geburtsstörungen. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 1.
599 Holzapfel (K.), Retroflexio der nicht graviden Hälfte eines Uterus didelphys als Geburtshindernis. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 38.
600 Hopfenstand (L.), Ueber den Vorfall der Vagina und des Uterus in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diss. Bern 1893. (42 S.) 8°.
601 Houtier, De la terminaison spontanée de l'accouchement dans la présentation de l'épaule. Paris, G. Steinheil 1893 8°. fr. 2.—.
602 Klein (T.), Eine Geburt bei Spaltbecken. Diss. Heidelberg 1893 (17 S. m. 1 Gigur.) 8°.
603 Knüpffer (W.), Ueber die Ursache des Geburtseintrittes auf Grundlage vergleichend-anatomischer Untersuchungen. — *St. Petersb. med. Wochschr.* 13.
604 Kötz (P.), Beobachtungen über 300 Fälle v. Beckenendlagen aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. Diss. Kiel 1893. (66 S.) 8°. M. 1.20.
605 Öhlschläger, Ein Fall von spontaner Symphysenruptur. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 24.

606 Ostermann (H.), Die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes und der Dammschutz. — *Berl. klin. Wchschr.* 20.
607 Parisot (P.), Mécanisme de la parturition; de la flexion et de la rotation de la tête dans les présentations du sommet. Paris, Baillière & fils 1893. 8°. fr. 5.—.
608 Péraire (M.), Inversion utérine complète avec prolapsus, consécutive à la délivrance etc. — *Annal. de gynécol.* Août.
609 Rissmann, Spontane Geburt bei abnorm langer Schwangerschaftsdauer (Missed labour). — *Centralbl. f. Gynäkol.* 34.
610 Rosinski, Ueber die Schädelverletzungen, im Besonderen die Impressionen bei Beckenendgeburten. — *Ztschr. f. Geburtshilfe* Bd. XXVI, 2.
611 Routier (A.), De la terminaison spontanée de l'accouchement dans la présentation de l'épaule. Thèse. Paris, G. Steinheil 1893. (58 p.) 4°.
612 Samalem (A.). De la rupture artificielle des membranes pendant le travail (indications et contra-indications). Thèse. Paris, Ollier-Henry 1893 (58 p.) 4°.
613 Schäffer (O.), Ostetricia. Parte I. Meccanisma del parto. 2a Edizione italiana dalla seconda edizione tedesca. Milano, L. Vallardi 1893 (XII, 220 p.) 16°. Atlanti tascabili di medicina N°. 1.
614 Schmidt (A.), Ueber die Beziehungen zwischen Chlorose und Geburtsverlauf. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 26.
615 Schmidt (E.) Ueber die Prognose der Gesichtslage. Diss. Strassburg 1893. (77 S.) 8°.
616 Tatzel, Eine Geburt in der Hypnose. — *Ztschr. f. Hypnotismus* 7.
617 Tulasne (A.), Des conditions défavorables de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares agées. Paris, G. Steinheil 1894. fr. 2.50.
618 Ventuéjol (H.). De quelques modifications du col de l'utérus qui rendent difficile le diagnostic du travail. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1893. (IV, 84 p.) 8°. fr. 3.
619 Weiss (O.), Zur Behandlung der Gesichts- und Stirnlagen. — *Samml. klin. Vortr.* No. 74
620 Zweifel (Paul), Zwei neue Gefrierschnitte Gebärender. I. Ein Kind, welches nach der Geburt des Kopfes im Geburtskanale stecken blieb. II. Ein Kind nach der Wendung auf den Fuss in der Leiche der Mutter. Mit 3 Fig., 10 lith. Taf. u. 5 Stereoskopbildern. Leipzig, Veit & Co. 1893. (15 S.) fol. M. 28.—

h. *Bijzondere Kunstbewerkingen.*

621 Herff (Otto v.) Grundriss der geburtshülflichen Operationslehre. Berlin, Fischer 1893. (XII, 372 S. m. 90 Abbildgn.) 8°. Geb. in Leinw. M. 8.—.
622 Rémy, Précis de médecine opératoire obstétricale. Avec 185 figures. Paris, J. B. Baillière & Fils 1893. (VI, 956 p.) 8°. fr. 6.—.
623 Fernandes, (G. R.), Amputation de l'utérus gravide et de ses annexes. — Travail avancé, procidence du cordon, pédiculé interne, guérison. — *Arch. de tocol.* 2.
624 Radtke (E.), Zwei Fälle von intrauteriner Spontan-Amputation. Diss. Königsberg, W. Koch 1893. (26 S. m, 1 Taf.) 8°. M. 1.—.
625 Ostermann (H.), Zur kombinirten Zangenextraktion. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 33.
626 Nagel (W.), Weitere Beiträge zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 1.
627 Weidhaas (C.), Historisch-kritischer Beitrag zu der Frage; Inwiefern indicirt enges Becken die Wendung auf die Füsse? Diss. Jena 1893. (38 S.) 8°.
628 Allert (M.), Ein Kaiserschnitt m. glücklichem Ausgang f. Mutter u. Kind. (Tamponade der Uterinhöhle nach Dührssen). Diss. Königsberg, W. Koch 1893 (33 S.) 8°. M. —.80.

629 Courant, Zur Indikation der Porro'schen Operation bei narbiger Striktur und Fistelbildung in den weichen Geburtswegen. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 48.
630 Doktor, Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 27.
631 Dührssen, Kaiserschnitt, tiefe Cervixincisionen und mechanische Dilatation des Muttermundes. — *Berl. klin. Wchschr.* 27. 28.
632 Graefe (M.), Bemerkungen über Laparotomie bei Ruptur tubarer Fruchtsäcke während der ersten Schwangerschaftsmonate. — *Münch. med. Wchschr.* 23.
633 Herff (O. v.), Kaiserschnitt, tiefe Cervixincisionen und mechanische Dilatation des Muttermundes. — *Berl. klin. Wchschr.* 33. — Bemerkungen hierzu von A. Dührssen. *Als voren* 38.
634 Lodemann, Sectio caesarea bei osteomalakischem Becken. Komplikation mit Placenta praevia. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 24.
635 Meinhold (G.), Die moderne Kaiserschnittstechnik besonders mit Rücksicht auf die Behandlung der Atonia uteri durch Tamponade mit Jodoformgaze. Diss. Berlin 1893. (32 S.) 8°.
636 Picqué, Opération césarienne suivie de succès pour la mère et pour l'enfant. — *Bull. de la soc. de chir. de Paris* 2.
637 Seeligmann (L.), Ueber eine Porro-operation bei einem Falle hochgradiger Osteomalakie mit einer neuen Nachbehandlung. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 28.
638 Simon (M.), Zwei Kaiserschnitte. — *Münch. med. Wchschr.* 11.
639 Staude, Drei Kaiserschnitsfälle. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 34.
640 Stratz (C. H.), Ovariotomie intra graviditatem. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 1.
641 Feis (O.), Erfahrungen über die Dammplastik nach Lawson Tait. — *Therapeut. Mtsh.* 5.
642 Burckhardt (L.), Ueber den Schamfugenschnitt. — *Krrspdzbl. f. schweizer Ärzte* 12.
643 Dittel Jun. (L. v.), Beitrag zur Symphyseotomie. — *Centralbl. f. Gynäkol* 23.
644 Eisenhart (H.), Die Behandlung der Geburt bei engem Becken mit besonderer Berücksichtigung der Symphyseotomie. — *Therapeut. Mtsh.* 4. 5.
645 Ekstein (E.), Symphyseotomie bei plattem, allgemein verengtem rachitischen Becken mit tödlichem Ausgang. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 19.
646 ——, Entgegnung auf die Aeuszerungen des Herrn Dr. v. Dittel Jr. über eine von mir ausgeführte Symphyseotomie. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 36.
647 Eustache, Les questions actuelles de l'obstétrique. La Symphyséotomie. Lille 1893. (15 p.) 8°.
648 Farabeuf (P.), Les bienfaits de la Symphyséotomie. Paris, G. Steinheil 1894. 8°. fr. 5.—.
649 Garrigues (H. J.), Symphysiotomy; with the report of a successful case. — *Amer. journ. of the med. scienc.* 3. 4.
650 Gotschaux (Ern.), De la Symphyséotomie. Avec tableaux. Paris, O. Doin 1893 (VI, 250 p.) 8°. fr. 5.—.
651 Mullerhein (R.), Die Symphyseotomie. Leipzig, 1893. — *Samml. klin. Vorträge* N. F. 91.
652 Neugebauer (Frz. Ludw.) Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung od. Symphyseotomie durch die geburtshülfliche Schule in Neapel. I. Thl. Die Geschichte des Schamfugenschnittes u. die bisher. Casuistik v. 437 Operationen von 1777 bis Ende Juni 1893. Nebst Litteraturverzeichniss. Leipzig, O. Wigand 1893 (313 S.) 8°. M. 6.—.
653 Kaschkaroff (J. A.), Beitrag zur Symphyseotomie. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 19.
654 Merle (L.), De la symphyséotomie. — *Arch. de tocol.* 5.

655 Pinard, Vingtième symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque. Mort de la femme le 9e jour; enfant vivant. — *Annal. de gynécol.* Juin.
656 Porak, De la symphyséotomie. — *Rev. obstétr. et gynécol.* 1. 2.
657 Queirel et Pinard, Symphyséotomie ou embryotomie dans les cas où le foetus est mort. — *Rev. obstétr. et gynécol.* 4.
658 Roux (J.) et H. Reynès, Sur la symphyséotomie. Resultats qu'on peut en attendre au point de vue de l'élargissement de la voie pelvienne. Recherches cadavériques. Marseille 1893 (8 p.) 8°.
Extrait du Marseille médical.
659 Varnier (H.), Le bilan de la symphyséotomie renaissante au 31 mars 1893. — *Annal. de gynécol.* Avril.
660 Walcher (G.), Bedenken gegen die Symphyseotomie. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 25.
661 Zweifel (P.), Die Symphyseotomie. Nach einem Vortrage. Mit einer Tab. Leipzig, Otto Wigand 1893 (79 S.) 8°. M. 1.20.

i. *Instrumenten. — Middelen.*

662 Eberhart, Asepsis oder Antisepsis in der Geburtshilfe unter Privatverhältnissen? — *Centralbl. f. Gynäkol.* 37.
663 Ekstein, Ueber aseptische Hebammeninstrumentarien. — *Wien. med. Wchschr.* 8.
664 Pioretzki (R.), Ueber Embryotominstrumente, ihre Anwendungsweise nebst Angabe neuer Embryotome. Inaug. Diss. Breslau 1893 (40 S., 3 Taf.) 4°.
665 Nagel (W.), Weitere Beobachtungen über die Anwendung der Achsenzugzange — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 2.
666 Schaller (P.), Ueber einen Fall von Zange bei Gesichtslage mit nach hinten gerichteten Kinn. Dissertation. Halle 1893 (25 S.) 8°.
668 Utt (E.), Weitere Mittheilungen über Vinum Ipecacuanhae bei Wehenschwäche. — *St. Petersb. med. Wchschr.* 2.

j. *Navelstreng. — Placenta.*

669 Breus (C.), Die Behandlung des Nabelschnurbruches. Leipzig, Breitkopf & Härtel 1893. (20 S.) 8°. M. —.75.
Samml. Klinischer Vorträge N. F. 77.
670 Fleischmann (Adph.), Ein Fall v. Hernia funiculi umbilicalis mit Tumor sacralis. Diss. Königsberg, W. Koch 1893 (27 S. m. 1 Taf.) 8°. M. 1.
671 Gibory (G.), Contribution à l'étude de la procidence et du procubitus du cordon ombilical. Paris, Ollier-Henry 1893 (140 p.) 4°. 5 fr.
672 Leray (H.), Etude sur la brièveté du cordon ombilical. Thèse. Paris, Bataille & Co. 1893 (121 p.) 4°.
673 Tamassia (A.), Su alcune condizioni fisiche del cordone ombellicale. — *Alti del reale Ist. veneta di scienze.* S. VII, T. IV, 7.
674 Tribukait (E.), Zwei Fälle von Hernia funiculi umbilicalis. Diss. Königsberg 1893 (21 S. u. 1 Taf.) 8°.
675 Butti (L.), Respiration placentaire à l'état normal et à la suite d'une hémorrhagie de la mère. — *Compt. rend. de la soc. de biol.* 8.
676 Cirkler (A. A.), Ueber die manuelle Lösung der Placenta. Dissertation. Berlin 1893 (39 S.) 8°.
677 Cioja (A.), Lesioni placentari in relazione con malattie renali della madre. Dissertazione di libera docenza in ostetricia e ginecologia (Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Genova, diretta del prof E. Pestalozza). Genova 1893 (59 p. con due tav.) 8°.
678 Deubel (R.), Die Störungen der Nachgeburtsperiode mit besond. Berücksichti-

gung der Placenta accreta. Diss. Tübingen, Franz Pietzcker 1893 (39 S. mit 1 Tab.) 8°. M. 0.80.

679 Ehrendorfer (E.), Ueber Cysten u. cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt. Wien, F. Deuticke 1893. (83 S. m. 2 Taf.) 8°. M. 3.—.

680 Gubb (A. S.), Le Placenta dans la grossesse extra-utérine et sa croissance apres la mort du foetus. Thèse. Paris, Charpentier 1893 (42 p.) 4°.

681 Pluim (H. G.), Loslating der placenta durante graviditate met daaraanvolgende baring zonder eenige verloskundige kunstbewerking gunstig voor de moeder verloopen. – *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 2.

682 Chazan (S.), Uber Placentarretention nach rechtzeitiger Geburt (20 S.). — *Samml. klin. Vorträge* N. F. 93.

683 Rombach (J. J. C. A.), De loslating van de normaal gelegen placenta tijdens de zwangerschap. Proefschrift Leiden, Ed. IJdo. 1894. (VIII, 84 blz.) 8°.

684 Stratz (C. H.), Ueber Placenta praevia. — *Ztschr. f. Geburtshilfe* Bd. XXVI, 2.

h. *Kraambed en ziekten der kraamvrouwen.*

686 Bokkel Huinink (J. A.), De locale behandeling van Endometritis puerperalis. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 2.

687 Clegg (W. T.), Puerperal fever from a surgeon's point of view. — *Provinc. med. journ.* 134.

688 Hamon de Fresnay, Essai pratique sur le Puerpérisme (état puerpéral). — Pathologie de la grossesse. — Complication du travail de l'accouchement et les suites de couches. Av. fig. Paris, G. Carré 1893. (VI, 624 p.) 8°. fr. 15.—

689 Heyse, Ueber Tetanus puerperalis. — *Dtsche med. Wchschr.* 14.

690 Ingerslev (E.), Die Sterblichkeit an Wochenbettfieber in Dänemark und die Bedeutung der Antiseptik für dieselbe. — *Ztschr. f. Geburtshilfe* Bd. XXVI, 2.

691 Ligowsky (G.), Die Alkoholbehandlung bei Puerperalfieber. Diss. Greifswald 1893 (33 S.) 8°.

692 Löhlein (H.), Die Verhütung des Kindbettfiebers (2 Abdr. aus seinen gynäkolog. Tagesfragen".) Wiesbaden, J. F. Bergmann 1893 (30 S.) 8°. M. 1.—

693 McCann (F. J.), and W. A. Turner. On the occurrence of sugar in the urine during the puerperal state. — *Transact. of the obstetr. soc. of London.* Vol. XXXIV, 4.

694 Maisch, Das Kindbettfieber u. die Hebammenfrage. Neuwied, Heuser 1893 (41 S.) 8°. M. 1.—.

695 Recht, De la miction chez les femmes en couches. Paris, G. Steinheil 1894. 8°. fr. 2.50

696 Tusschenbroek (C. v.), Een geval van niet te stelpen Galactorrhoe. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 3.

697 Vinay (Ch.), Mort subite chez les accouchées. — *Arch. de tocol.* 1. 2.

698 Williams (J. W.), Puerperal infection considered from a bacteriological point of view, with special reference to the question of auto-infection. — *Amer. journ. of the med. sciences.* July.

699 Zülzer (G.), Ueber die alimentäre Glykosurie in Krankheiten und über puerperale Lactosurie. Diss. Berlin 1893 (28 S.) 8°.

700 Miller (C.), Das Buch v. der Amme. Ein Rat- u. Auskunftsbuch üb. Wahl, Pflege u. Behandlung der Amme. Berlin, Fried & Co. 1893 (96 S.) 8°.

i. *Pasgeborenen.*

701 Badstübner (W.), Ueber Verschwinden der Luft aus den Lungen Neugeborener. Diss. Berlin 1893 (27 S.) 8°.

702 Bertillon (J.), De la mortalité par âge avant la naissance (mortinatalité selon l'âge du foetus), communication faite à la soc. de statistique de Paris. — *Journ. d. la Soc. de stat. de Paris*, Mai.
703 Dungern (E. v.), Ein Fall von hämorrhagischer Sepsis beim Neugeborenen. — *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* Bd. XIV, 17.
704 Francke (W.), Ueber Lungenschrumpfung aus der ersten Lebenszeit. — *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. LII, 1/2.
705 Giral, Des abcès multiples chez le nouveau-né. Thèse. Montpellier, Hamelin 1893 (43 p.) 8°.
706 Latzko (W.), Ein Beitrag zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. — *Wien. med. Presse* 23.
707 Lemaire (C.), Contribution à l'étude de l'érysipèle des nouveau-nés. Thèse. Paris, Davy 1893 (51 p.) 8°.
708 Marfan (A. B.) et F. Marot, Infections secondaires dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons. — *Rev. mens. d. malad. de l'enfance.* Août. Sept.
709 Marx (A.), Ueber die geburtshilfliche Bedeutung der übermässigen Entwicklung neugeborener Kinder. Dissertation. Erlangen 1893 (31 S.) 8°.
710 Öhlschläger, Zur Wiederbelebung Neugeborener. — *Centralbl. f. Gynäkol.* 31.
711 Semet (B.), Contribution à l'étude de l'oedème des nouveau-nés. Thèse. Paris, Ollier-Henry 1893 (70 p.) 4°.
712 Basch (K.), Beiträge zur Kenntnis des menschlichen Milchapparates. — *Arch. f. Gynäkol.* Bd. XLIV, 1.
713 Töpfer (H.), Statistisches zur Beschaffenheit der weiblichen Brust und zum Stillgeschäft a. d. Univ.-Frauenklinik in Freiburg i Br. Diss. Freiburg 1893 (75 S.) 8°.
714 Biagini (A.), Il latte di donna durante il periode mestruale. — *Gazz. med. di Torino.* 19. 20.
715 Honigmann (F.), Bakteriologische Untersuchungen über Frauenmilch. — *Ztschr. f. Hygiene.* Bd. XIV, 2.
716 Biedert (Ph), Die Kinderernährung im Säuglingsalter u. die Pflege v. Mutter u. Kind 2 Aufl. Stuttgart, Ferdinand Enke 1893 (XII, 298 S.) 8°. M. 4.80.
717 Czerny (A.), Die Ernährung des Säuglings auf Grundlage der physiologischen Funktionen seines Magens. — *Prag. med. Wchschr.* 41.
718 Toch (S.), Ueber Peptonbildung im Säuglingsmagen. — *Arch. f. Kinderheilk.* Bd. XVI, 1/2.
719 Raymond (P.), La syphilis dans l'allaitement. Hygiène et prophylaxie. Paris, Rueff & Co. 1893. 2 fr. 50 c.
720 Drouet (H.), Nourrices sur lieu. Conseils aux jeunes mères. Paris, Soc. d'éditions scientifiques 1893. 8°. fr. 3.
721 Damourette (E.), Affections des nourrissons déterminées par la galactophorite de la nourrice. Av. fig. Paris, G. Steinheil 1894. 8°. fr. 5.—
722 Morgenthaler (J.), Die künstliche Ernährung des Säuglings. Mit e. Vorwort v. Dr. G. Euster. Aarau, J. J. Christen 1893. (23 S.) 8°.
723 Schalenkamp, Für Mütter! Leichtverständliche und praktische Angaben zur Flaschenernährung des Säuglings, nebst e. Verdünnungstafel im Anhang. München, Seitz & Schauen 1893. (IV, 29 S.) 8°. M. —.60
724 Albu (J.), Die beste Säuglings-Ernährung ohne Muttermilch — nach Bertling's Verfahren. Berlin, Mayer & Müller. (37 S.) 8°. M. 0.80.
725 Carstens (A.), Ueber Fehlerquellen bei der Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch. — *Jahrb. f. Kinderheilk.* Bd. XXXVI, 1/2.

726 Saint-Philippe (R.), Des diarrhées infantiles et de l'emploi du lait stérilisé chez les enfants. Bordeaux, Imp. Gounouilhou 1893. (16 p.) 8°.

727 Ollivier (A.), De l'alimentation des nouveau-nés à Paris. — *Rev. mens. d. malad. de l'enfance.* Juillet.

728 Saint Yves Ménard, Des meilleures conditions d'alimentation des enfants du premier âge en dehors de l'allaitement au sein. — *Arch. de tocol.* 5. 6.

729 Gallatti (D.), Versuche über ein neues Kindernährmehl. — *Arch. f. Kinderheilk.* Bd. XV, 5/6.

IV. GERECHTELIJKE GENEESKUNDE.

730 Mair (Ing.), Gerichtlich-medizinische Casuistik der Kunstfehler. Eine Sammlung der in der deutschen Litteratur veröffentlichten Fälle ärztlicher Unglücke u. von Aerzten mit Uebertretung ihrer Berufspflichten begangener fahrlässigen Tötungen. u. Körperverletzungen. Für Aerzte, Staatsanwälte, Richter u. Rechtsanwälte, epikritisch bearb. in einzelnen Abteilungen. 3. Abthlg. Geburtshilfe. Niewied, Heuser 1893. (VI, 109 S.) 8°. M. 2.50.

731 Schwob (A.), Contribution à l'étude des psychoses menstruelles considérées surtout au point de vue médico-legal. Thèse. Lyon, Storck, Paris, G. Masson 1893. (89 p.) 8°.

Documents de criminologie et de médecine legale.

732 Kaeufer (J.), Beiträge zur gerichtsärztlichen Bedeutung der Nabelschnur. Diss. Bonn 1893. (27 S.) 8°.

733 Distel (R.), Zur Unzurechnungsfähigkeit einer Schwangeren. — *Ztschr. f. d. gez. Strafrechtsw* XIV, 2.

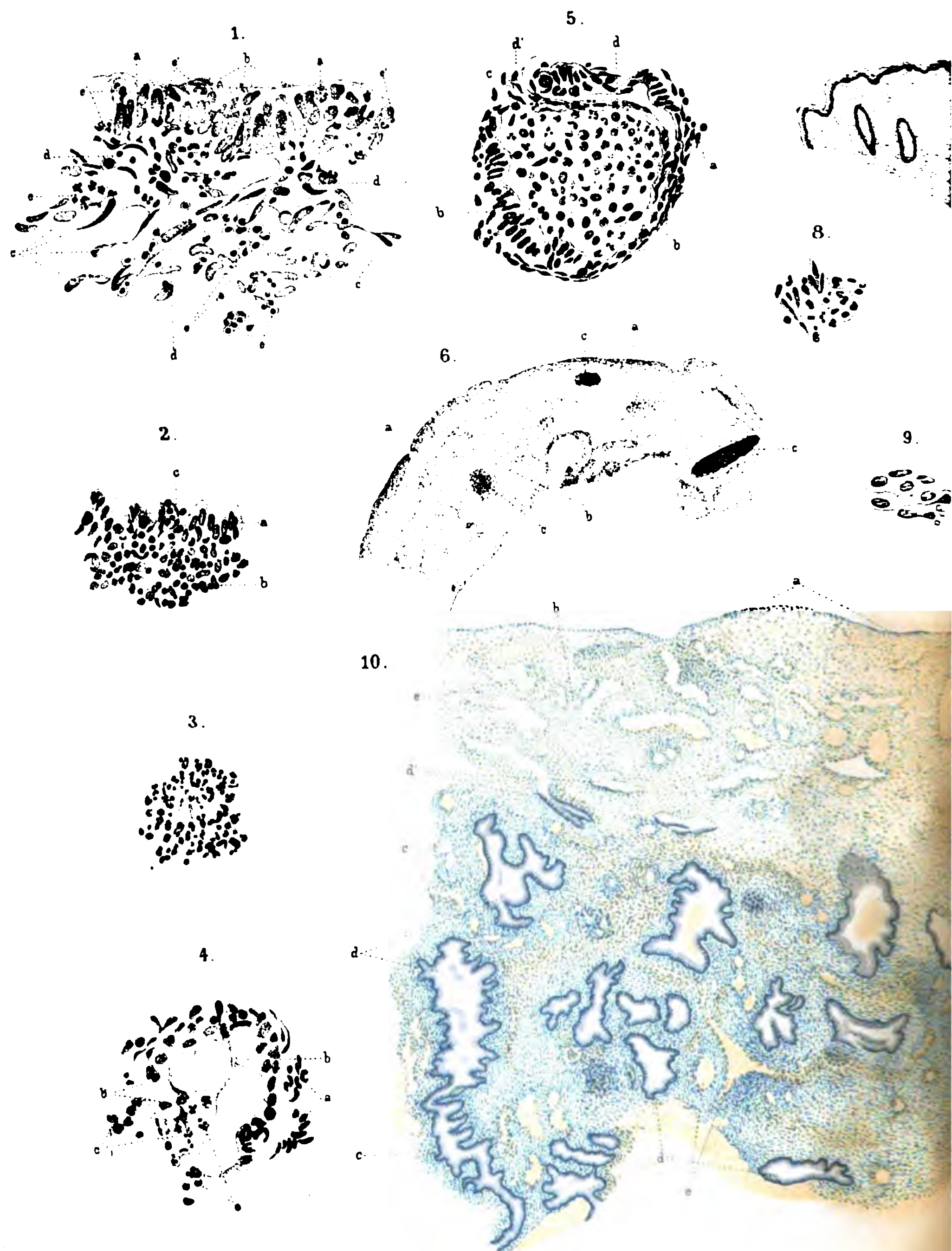
734 Dörfler (H.), Der Geisteszustand der Gebärenden. — *Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med.* 4.

735 Lutaud, Étude médico-légale sur la membrane hymen. — *Rev. obstétr. et gynécol.* 10.

736 Mair (J.), Leben ohne Athmen. — *Friedriech's Blätter f. gerichtl. Med.* 4.

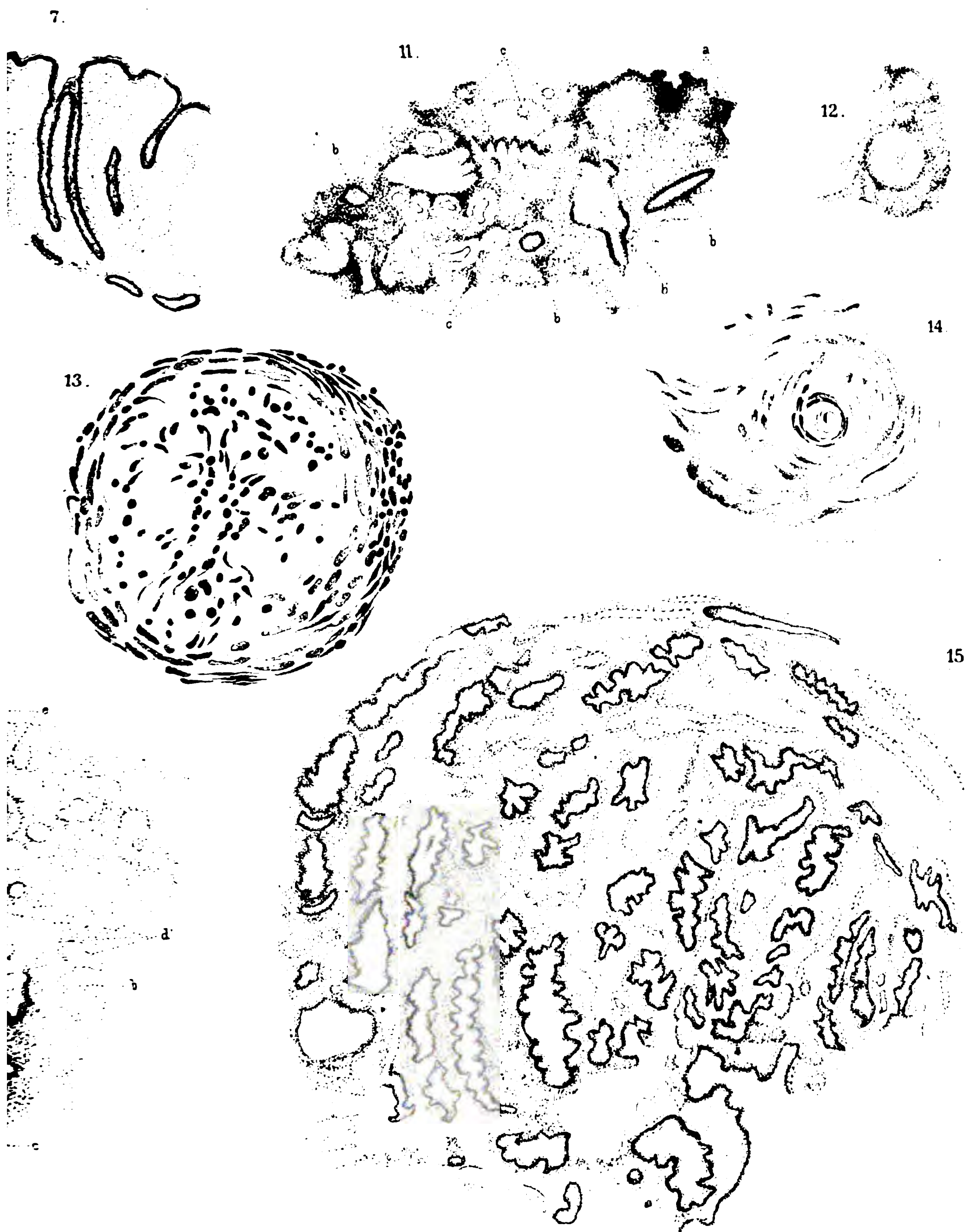
737 Manley (T. H,), The medico-legal aspects of fractures of the bones of the extremities, and others. — *New-York med. journ.* II. 9.

(*Wordt vervolgd.*)



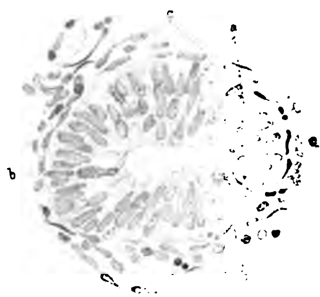
Mej. Dr. van Tussenbroek del.

PL.III.

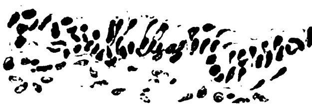


P. ... A.J.Wendel lith.

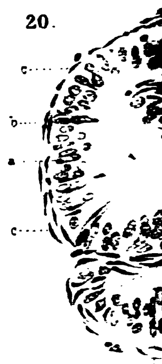
16.



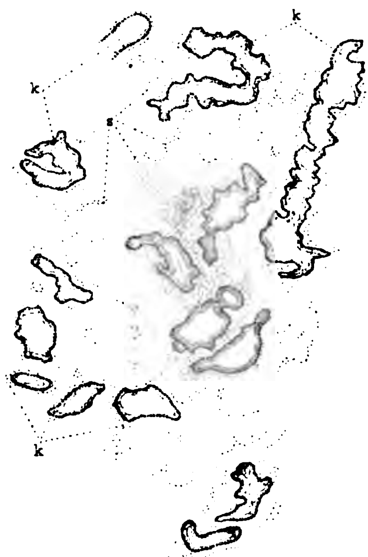
17.



20.



18.



22.



24.



19.



25.

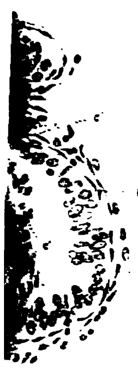


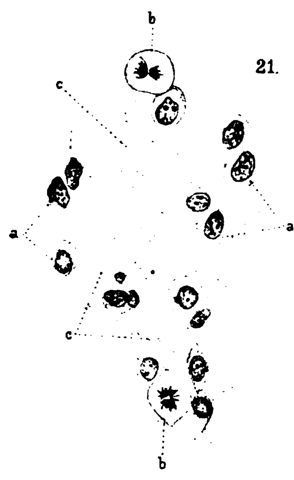
26

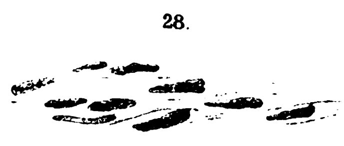


Mej. Dr. van Tussenbroek del.

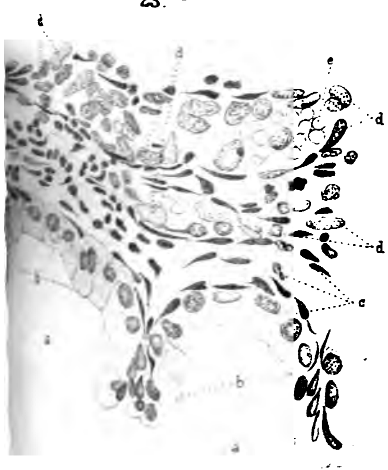
PL. IV.

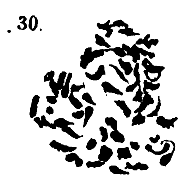




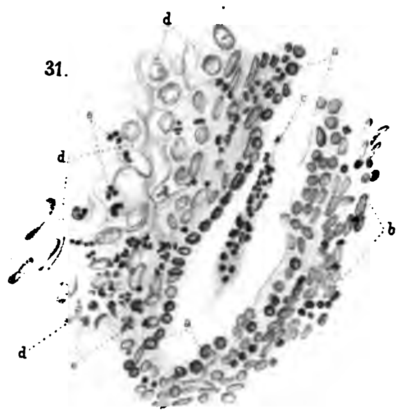












A. J. Wendel lith.

BIJDRAGE TOT DE PATHOLOGIE DER UTERUS-MUCOSA.

Eene Anatomisch-Klinische Studie

DOOR

Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK,

EN

Dr. M. A. MENDES DE LEON.

Met twee dubbele platen.

In de volgende bladzijden wenschen wij de aandoeningen van het uterus-slijmvlies te bespreken, die gewoonlijk onder den naam van chronische endometritis worden saamgevat. Het is een eigenaardig verschijnsel, dat deze pathologische toestanden, ondanks hun veelvuldig voorkomen, ondanks de groote belangstelling, in de laatste jaren aan hunne studie gewijd, ondanks de betere middelen tot het stellen der klinische en pathalogische-anatomische diagnose, nog steeds tot belangrijk verschil van opvatting onder de Gynaecologen aanleiding geven.

De tijd ligt verre achter ons, dat de tallooze aan endometritis lijdende vrouwen eenvoudig met de diagnose witten vloed en een staal-praeparaat naar huis werden gestuurd; ook stelt de medicus zich niet meer met het voorschrijven eener vaginaal-irrigatie, of met cauterisatie van erosies aan de portio vaginalis tevreden.

Men weet, dat de vermeerderde afscheiding in verreweg de meeste gevallen van een pathologischen toestand van het uterus-slijmvlies afhankelijk is; dat zelfs, waar oorspronkelijk alleen het vaginaal-slijmvlies was aangedaan, b.v. bij blenorrhoea vaginae, een gedeelte althans van het uterus-slijmvlies spoedig in het proces wordt betrokken. Men is het er dan ook vrij wel over eens, dat directe behandeling van het uterus-slijmvlies de aangewezen rationeele therapie is; en de opvatting van Thomas (6), die intrauterine medicatie boven het os internum als gewaagd qualificeert. — eene opvatting die nog door Schroeder (27) in de oudere edities van zijn handboek wordt gedeeld — heeft in de laatste jaren voor betere inzichten moeten wijken.

Tot zoover dus bestaat er eenheid van opvatting betreffende het

proces, dat ons bezighoudt. Zoodra men evenwel meer in bizonderheden komt, treden de verschillen aan den dag. Reeds het woord „chronische endometritis" wekt bij den een en bij den ander geheel verschillende voorstellingen. Bij den een overheerscht het denkbeeld „bloeding" het geheele ziektebeeld; de ander vereenzelvigt het proces met mucopurulenten fluor, terwijl voor een derde het aetiologisch moment op den voorgrond treedt, en chronische endometritis gelijkluidend wordt met infectie van het endometrium.

Ook de uitbreiding van het proces — afzonderlijk over corpus of cervix, of gezamenlijk over beide — is een gewichtig en nog altijd hangend vraagstuk. Deze en dergelijke kwesties zijn niet slechts van theoretisch, maar tevens van eminent praktisch belang; zoo heeft o. a. de groote therapeutische waarde, door Schroeder en zijn school aan de slijmvlies-excisie van den cervix gehecht, haar grond in het geloof aan de ernstige pathologische beteekenis der ongecompliceerde cervix-catarrhen.

Deze overwegingen mogen de keuze rechtvaardigen van een onderwerp, dat in de laatste jaren te dikwijls in vaktijdschriften en dissertaties ter sprake kwam, om nog iets van het charme der nieuwheid te hebben bewaard. Eene ruim tweejarige studie heeft ons tot de overtuiging gebracht, dat het veld toch niet zoo volkomen is afgemaaid, als het — oppervlakkig gezien — wel schijnt.

Onze waarnemingen ontleenden wij deels aan gevallen, die poliklinisch onder observatie kwamen, maar grootendeels aan patienten (een honderdtal) die in de kliniek werden opgenomen en verpleegd. Abrasio mucosae uteri verschafte, bij laatstgenoemde patienten, steeds de gelegenheid om de anatomische naast de klinische diagnose te stellen.

Het komt ons wenschelijk voor de verschijnselen, die zich bij de chronische ziekten van het baarmoederslijmvlies voordoen, te splitsen in *directe* en *indirecte*. Deze splitsing is van beteekenis, omdat o. i. de waarde der laatstgenoemde niet algemeen genoeg wordt erkend. Wel is waar is op het verband tusschen de pathologische aandoeningen van het vrouwelijk geslachtsapparaat en andere stoornissen in het organisme reeds herhaaldelijk de aandacht gevestigd, maar dit verband is nog niet tot het bewustzijn van alle medici doorgedrongen. Immers, het is in de Gynaecologische praktijk eene dagelijksche ervaring, dat vrouwen met belangrijke afwijkingen in het genitaalstelsel onder observatie komen, nadat zij jaren lang te vergeefs onder interne geneeskundige behandeling zijn geweest; te vergeefs, omdat de plaatselijke verschijnselen ontbraken, en de subjectieve symptomen van dien aard waren, dat de patiente zichzelve van hare kwaal niet bewust kon wezen. Ook waar de plaatselijke verschijnselen schijnbaar van naburige

organen uitgaan, zal de therapie in den steek laten, wanneer niet een nauwkeurig onderzoek den eigenlijken aard van het lijden heeft geopenbaard. Wij behoeven slechts te herinneren aan de symptomen van acute parametritis, van salpingitis of van exacerbaties van chronische ontstekingen van het bekkenbindweefsel: braken, koliekachtige pijnen, koorts, dikwijls diarrheën gepaard met tenesmi; diagnose: acute gastro-enteritis! Evenzeer kan bij chronische endometritis de diagnose op een dwaalspoor geraken, wanneer men alleen vraagt naar plaatselijke verschijnselen en vergeet in 't oog te houden, dat deze dikwijls tegenover de indirecte klachten geheel op den achtergrond treden.

De *indirecte* symptomen zijn deels van onbestemden, algemeenen aard, als: gevoel van vermoeienis, psychische gedruktheid, hoofdpijnen, rug- en lendenpijnen; deels worden zij in bepaalde organen, 't zij verwijderde of naburige, gelokaliseerd. Onder de verwijderde organen, die het veelvuldigst op ziekten der uterus-mucosa reageeren, komt allereerst de maag in aanmerking (anorexie, dyspepsie, nausea, braken); voorts het hart, (palpitaties) de ademhalingsorganen (dyspnoe, hoestprikkel) en het gezichtsorgaan. Ook hoofdpijn hangt dikwijls met ziekte der uterus-mucosa te zamen. Stoornissen in de naburige organen openbaren zich, als gevoel van zwaarte in 't kleine bekken, afwijkingen in de darm-functie (soms als hardnekkige constipatie, soms als aanhoudende diarrheën, die kort vóór en gedurende de menstruatie dikwijls met heftige krampen gaan gepaard) voorts tenesmi ad vesicam, incontinentia urinae, pijnen bij de urineloozing, ekzeem en pruritus, gevoel van verzakking. De libido sexualis is in enkele gevallen verhoogd, in vele gevallen daarentegen belangrijk verminderd.

De indirecte symptomen der ziekten van het baarmoederslijmvlies vinden hun analogon in de functioneele stoornissen, waarmede vele vrouwen in de eerste zwangerschapsmaanden hebben te kampen. Langs welke banen de reflex-werking van den geprikkelden uterus op verwijderde organen tot stand komt, is zoowel voor het physiologische als voor het pathologische proces nog onvoldoende bekend. Wij weten alleen, dat het sympatische zenuwstelsel eene groote rol speelt. Immers het is bekend, dat het geheele genitaalstelsel door sympathische zenuwen wordt geïnnerveerd, en wel bepaaldelijk daar takken, die uitgaan van den plexus spermaticus en den plexus hypogastricus. Eerstgenoemde verzorgt hoofdzakelijk ovarium en tuba; laatstgenoemde vormt in den breeden band ter weêrszijde een aanzienlijke zenuwvlecht, den plexus utero-vaginalis, die ook takjes van den plexus spermaticus opneemt, en zijne vezels tusschen de bladen van het lig. latum naar baarmoeder en scheede zendt. Het

sympathische zenuwstelsel vormt dus ongetwijfeld de baan, waarlangs de van de baarmoeder uitgaande prikkel in centrale richting zich voortbeweegt. Het effect van dien prikkel uit zich deels in bewegingsvormen (braken, hoesten, palpitatie, blaascontracties; diarrheeën door versterkte peristaltiek) deels in gewaarwordingen (pijn in verwijderde of naburige organen). Eerstgenoemde zijn vermoedelijk op te vatten als reflex-werkingen, wier centrum in 't ruggemerg moet worden gezocht; laatstgenoemde als irradiatie-verschijnselen, die door het bewustzijn op verschillende territoriën van het sympathicus-stelsel worden gelocaliseerd.

Onder *directe* verschijnselen verstaan wij zulke die onmiddellijk op eene aandoening van het genitaalstelsel wijzen; ten deele vallen zij onder de waarneming der patiënte zelve, en stellen haar dan in staat haar lijden op de rechte plaats te lokaliseeren. Wanneer eene patiënte ons komt klagen over belangrijk versterkte menstruatie of, meer nog, over atypische bloedingen, dan is de diagnose, tenzij een tumor aanwezig of een abortus vooraf is gegaan, reeds gemaakt. De menstruatie-typus heeft daarbij in den regel veranderingen ondergaan; meestal volgen de perioden elkaar met korter tusschenruimten op, soms zijn zij daarentegen verder uiteengeschoven. Niet zelden bestaat gedurende geruimen tijd amenorrhoe. Al of niet met menorrhagiën of metrorrhagiën gecombineerd, komen verder min of meer belangrijke muceuze, mucopurulente of mucosanguinolente afscheidingen voor. Een ander verschijnsel, dat de patiënte onmiddellijk den aard van haar lijden openbaart, is de dysmenorrhoe; in zeer vele gevallen hangt deze met eene absolute of relatieve stenose van het ostium internum te zamen; zij kan evenwel bij voldoende wijdte van het ostium voorkomen en is dan van de slijmvliesaandoening zelve afhankelijk. Bizondere vermelding verdient nog de zoogenaamde „Mittelschmerz" waaronder men aanvallen van pijn in het kleine bekken heeft te verstaan, die halverwege tusschen twee menstruatie-perioden optreden, en niet zelden met verhoogde afscheiding van mucus of mucopus gaan gepaard.

Als objectieve directe verschijnselen noemen wij erosies, die soms reeds bij de exploratie worden gevoeld, en steeds gemakkelijk in 't speculum zijn te herkennen; de aanwezigheid van een purulente slijmprop in het ostium externum, en bloeding [1]) bij het inbrengen van de sonde. Van belang voor de diagnose is het optreden van pijn, zoowel bij 't betasten van den uterus als bij 't sondeeren.

---

[1]) Nl.: bloeding van eenige beteekenis; de afscheiding van een enkelen bloeddruppel bij 't aanraken komt ook bij normale slijmvliezen voor (bepaaldelijk kort vóór of na de periode) en heeft dus geene diagnostische waarde.

Voegt men bij al deze afwijkingen nog de niet zelden voorkomende steriliteit, dan is hiermede de symptomatologie van 't proces dat ons bezighoudt vrij wel uitgeput.

Kan men uit al deze verschijnselen verschillende groepen isoleeren, die een bijeenbehoorend symptomen-complex vormen, waarmede een bepaalde toestand van 't uterus-slijmvlies correspondeert? En zijn deze groepen klinisch en anatomisch, scherp genoeg gekarakteriseerd om ze tot grondslag eener rationeele verdeeling te kunnen maken? Of moeten wij met Doléris (28), de pathologische anatomie op zijde schuivend, alléén aan de aetiologie beteekenis hechten voor de onderscheiding der chronische aandoeningen van het baarmoederslijmvlies en deze splitsen in op infectie berustende (ontstekingen) en niet op infectie berustende (subinvolutie, hyperplasie, congestie enz.) De indeeling is verlokkend door hare eenvoudigheid. Ook valt tegen hare theoretische juistheid weinig aan te voeren; vooropgesteld dat men met ontsteking alléén infectieuse ontsteking bedoelt, en voor de chronische veranderingen door stuwing of andere circulatie-stoornissen teweeg gebracht een anderen naam kiest; des te meer evenwel tegen hare praktische uitvoerbaarheid. Immers, de aetiologie der aandoening die ons bezighoudt schuilt gewoonlijk in 't duister. Wel kan men in 't algemeen de oorzaken opsommen, die voor haar ontstaan van beteekenis plegen te zijn, maar in ieder geval tot den oorsprong der afwijking op te klimmen, is eene poging die slechts bij exceptie met succes wordt bekroond. Want wij hebben hier te doen met bij uitstek chronische toestanden, die slechts zelden acuut zijn gedebuteerd, en meestal geleidelijk zijn toegenomen, zoodat zelfs de duur der subjectieve bezwaren in den regel onbepaald wordt aangegeven. Hoe zal men hier een infectieuzen oorsprong bewijzen? De geïncrimineerde microbe is lang van het tooneel verdwenen, als het geval onder observatie komt. Er blijft dus wel niet anders over, dan uit de klinische symptomen in verband met de anamnese naar de aetiologie te gissen. Van daar dat de aetiologie, op het tegenwoordig standpunt onzer kennis, ons een ongeschikten grondslag schijnt voor de splitsing der afwijkingen van het baarmoederslijmvlies, en dat wij liever willen trachten ons vast te houden aan wat voor de directe waarneming toegankelijk is; het klinische ziektebeeld, in verband met alles, wat daarover licht kan verspreiden (anamnese, pathologische anatomie).

Van een honderdtal in de kliniek waargenomen gevallen, hebben wij de klinische symptomen en het resultaat van 't anatomisch onderzoek naast elkaar gesteld. Om den lezer gelegenheid te geven ze te controleeren, voegen wij ze in den vorm van tabellen hier-

achter, naar het meest op den voorgrond tredend klinisch symptoom gerangschikt.

Voor wij tot het bespreken en vergelijken der tabellen overgaan, is het noodig ons te orienteeren in de pathologische anatomie van het uterus-slijmvlies.

Dat het mogelijk is, uit door curettage verkregen slijmvlies-partikels eene mikroskopische diagnose te stellen, wordt tegenwoordig algemeen erkend, en behoeft dus geen betoog; wij wenschen er evenwel nadruk op te leggen, dat dit niet alleen voor hypertrophische slijmvliezen geldt. Het kwam onder al onze gevallen maar twee of driemaal voor, dat het door de curette verkregen materiaal onvoldoende bleek voor 't mikroscopisch onderzoek. Het hier gezegde geldt evenwel uitsluitend voor de mucosa corporis. Van het cervix-slijmvlies moet het tegenovergestelde worden getuigd; zelfs het krachtigste afschrappen vermocht hier hoogstens het oppervlakte-epitheel en de toppen der klieren mede te nemen, met enkele onzamenhangende partikels van het stroma. Van uitkrabben van den cervix werd dus weldra afgezien, en waar het wenschelijk scheen, corpus- en cervix-mucosa met elkaar te vergelijken, werd een wigje uit de cervix-mucosa geknipt of uitgesneden.

Om uit het materiaal, door abrasio mucosae uteri verkregen, de pathologische afwijkingen van het slijmvlies te kunnen beoordeelen, is het van veel belang zich niet tot het onderzoek van enkele, grootere der uitgekrabde stukjes te bepalen, maar zooveel mogelijk alles te verzamelen en te onderzoeken, daar hetzelfde slijmvlies op verschillende plekken een zeer verschillend aspect kan aanbieden. Voorts is de hardingsmethode van veel gewicht. Conservatie-vloeistoffen die schrompelend werken moeten vermeden worden, daar het uiterst weeke en vochtrijke slijmvlies daardoor belangrijk wordt gemodificeerd. Absolute alkohol is daarom volstrekt af te keuren; zoowel de kernen als het cel-protoplasma verliezen daarbij hunne natuurlijke ronding, terwijl door 't ongelijkmatige vochtverlies der verschillende weefsel-elementen ('t epitheel schrompelt sterker dan het stroma) hier en daar spleten ontstaan, die 't beoordeelen van de structuur niet vereenvoudigen.

De hardingsmethode die ons de beste resultaten gaf is de volgende. Onmiddellijk na de curettage worden de weefselstukjes in eene physiologische keukenzout-solutie met 5°/₀ sublimaat gelegd. Na 24 uur worden zij overgebracht in alkohol 90°/₀, waarin zij maanden lang kunnen bewaard blijven. De verdere behandelingsmethode bestaat in watervrij maken in alkohol absol., doortrekken

met xylol, en insmelten in paraffine. De gezamenlijke stukjes bij eene abrasio verkregen, worden in een gemeenschappelijk blokje paraffine ingesloten en aldus tegelijkertijd gesneden. Bij 't insmelten wordt er op gelet, de stukjes zooveel doenlijk zóó te plaatsen, dat de snede loodrecht op de dikte-afmeting van het slijmvlies vallen moeten. De kleuring geschiedt steeds met haematoxyline, vaak met haematoxyline-eosine. Dat de aldus behandelde praeparaten betrouwbare beelden geven, blijkt uit het feit, dat niet zelden aan klier- en oppervlakte-epitheel nog duidelijk kenbare trilharen zijn op te merken.

De bespreking der pathologische afwijkingen in onze praeparaten moge door eene herinnering aan den normalen bouw van 't uterusslijmvlies worden voorafgegaan.

Zooals bekend is, vormt de mucosa uteri een vaat- en klierrijk slijmvlies, dat onmiddellijk, zonder submucosa, met den spierwand is verbonden. De bevestiging van mucosa en muscularis is een zeer vaste doordat uitloopers van het slijmvlies-stroma tusschen de oppervlakkige bundels van den spierwand binnendringen; tot in deze uitloopers reiken, de meest enkelvoudige, soms dichotomisch vertakte fundus der klieren. Het is dus onmogelijk het slijmvlies volkomen te verwijderen, tenzij men ook de binnenste laag van de muscularis medeneemt. Hieruit verklaart het zich, dat na spontane uitstooting (partus, abortus) of kunstmatige vernietiging van het slijmvlies (curettage, chemische of galvanische cauterisatie) zoo snelle en volledige regeneratie tot stand komt.

Bij de beoordeeling van den fijneren bouw der mucosa heeft men tweerlei elementen in 't oog te vatten, nl. het epithelium (van klieren en oppervlakte) en het bindweefsel.

Het epithelium bestaat uit matig hooge cilinder-cellen, wier langwerpig ronde kern iets onder 't midden van het cellichaam ligt. De lengteafmeting van de kern valt met de lengteafmeting der cel samen. Zoowel aan de oppervlakte als in de klieren dragen deze cellen trilharen, en zijn in enkelvoudige, regelmatige rijen zoodanig gerangschikt, dat de kernen allen op ééne lijn liggen. De klieren hebben een tubuleus karakter, en vertoonen soms in 't diepste gedeelte der mucosa dichotomische vertakking. Zooals gezegd is, strekt de fundus zich niet zelden tot in de oppervlakkige laag der muscularis uit. De lengte der klieren meet dus in den regel de volle dikte van 't slijmvlies. Gewoonlijk stijgen zij vrij wel loodrecht naar de oppervlakte omhoog; tijdens de praemenstruale en de menstruale periode wordt door vele auteurs een geslingerd beloop als physiologisch beschouwd.

Het stroma bestaat uit een buitengewoon celrijk bindweefsel,

welke ronde of spoelvormige kernen door een smalle laag van protoplasma zijn omgeven. De tusschenstof is in den regel weinig ontwikkeld. Waar de stroma-cellen bij uitzondering door veel tusschenstof uiteen zijn gedrongen, blijkt haar lichaam fijne uitloopers te bezitten, wier anastomose een netwerk van dunne draden vormt Wat den vorm der cellen betreft, er zijn slijmvliezen, wier stroma uit enkel rondachtige cellen bestaat; in andere overweegt de spoelvorm, terwijl ronde cellen niet of bijna niet voorkomen; nog andere vertoonen beide vormen, en alle overgangen tusschen die beide. Regel is, dat het grondweefsel in hoofdzaak uit rondachtige cellen bestaat, terwijl rondom de klieren en de bloedvaten meer spoelvormige elementen worden aangetroffen. De vooral door Jacobi (15) op den voorgrond gestelde meening, dat het uterus-stroma uit adenoide weefsel bestaat, en een broedplaats van leucocyten vormt, mist elken redelijken grond; leucocyten behooren in 't uterus-slijmvlies niet thuis, en wijzen, waar zij voorkomen, op een pathologisch proces. Hetzelfde geldt van de aanwezigheid van gladde spiervezels. Boldt (50) wil in 't normale uterus-slijmvlies spiercellen gevonden hebben die, uit de muscularis opstijgend, den wand der klieren concentrisch omgeven, en wier physiologische functie in uitdrukken van 't secretie-product zou bestaan. Onzes inziens zijn de Boldt'sche spiervezels niet anders dan stroma-cellen, die door de tegendrukking der groeiende klieren zijn afgeplat, en die met de functie der klieren niets hebben te maken.

Möricke (13) meent aan de uterus-klieren eene membrana propria te hebben aangetoond. Wij hebben ons van 't bestaan eener dergelijke membraan niet kunnen overtuigen. Aan „Zupfpraeparaten" vonden wij de geïsoleerde klier-epitheel-buizen volkomen naakt. Slechts hier en daar was een enkele platte stroma-cel aan de basis der kliercellen blijven hangen; van een zamenhangende, de klierbuis omsluitende membraan was evenwel nimmer sprake.

In de diepe lagen is het uterus-stroma rijk aan kleine, dikwandige, sterk gekronkelde arteries; in de oppervlakkige lagen aan fijne capillaren. Waar sterke bloedvulling bestaat, blijken ook vele kleine venen aanwezig te zijn, wier dunne wand in bloedelooze praeparaten dikwijls aan de waarneming ontsnapt. Of, zooals Leopold meent, het aantal venen bij dat der arteriën belangrijk achterstaat, is nog niet uitgemaakt, en moeielijk anders dan aan injectie-praeparaten te beslissen.

De bouw van 't cervix-slijmvlies, ofschoon zeer nauw aan dien van 't corpus-slijmvlies verwant, biedt toch typische verschillen aan. De vorm der klieren is eenigszins anders; zij zijn bochtiger, onregelmatiger van wijdte en minder lang. De epitheel-cellen, zoowel

aan de oppervlakte als in de klieren, zijn hoog-cilindrisch, veel langer dan die van 't corpus, met een kern die langwerpiger en kleiner is, en geheel aan de basis der cel is gelegen.

Het stroma in de cervix is wat minder celrijk, en nadert tot het karakter van fibrillair bindweefsel. De mucosa cervicis gaat zonder scherpe grens geleidelijk in het daaronder gelegen vlechtwerk van spier- en bindweefselbundels over. De beide laatstgenoemde omstandigheden geven eene verklaring van het feit, dat de cervixmucosa niet met de curette kan worden verwijderd.

De dikte van 't corpus-slijmvlies schommelt binnen vrij ruime grenzen. Gemiddeld kan men haar op 1 millimeter stellen. Zij wisselt:

1°. Met het levensstadium der vrouw. In den kinderlijken leeftijd is het slijmvlies vast en smal; tijdens de puberteit komt het tot volle ontwikkeling, om met het climacterium in seniele atrophie over te gaan.

2°. Met de constitutie. Krachtige gezonde vrouwen met wèlgepolsterde huid en bloedrijke slijmvliezen bieden, wat de dikte der uterus-mucosa betreft, belangrijke verschillen aan met het tenger gebouwde, eretische type van vrouwen, wier dunne huid en fijne lippen reeds à priori tot geringe ontwikkeling der inwendige slijmvliezen doen besluiten.

3°. Met de menstruatie-phase. Tijdens den vollen duur van het geslachtsrijpe leven der vrouw gaat de ontwikkeling van het uterus-slijmvlies in voortdurenden cirkelgang. Gedurende de menstruatie worden de oppervlakkige lagen afgestooten. Na de menstruatie regenereert zich het slijmvlies; verkeert dan eenige dagen in rust, om daarna in de praemenstruale zwelling over te gaan, en onmiddellijk voor de volgende periode zijne grootste dikteafmeting te bereiken. Hoeveel de normale dikte-toename van het uterus-slijmvlies in de praemenstruale periode bedraagt, is niet nauwkeurig op te geven, almede wegens de groote individueele verschillen, die buiten de periode bestaan. De cijfers, die men hieromtrent in de literatuur vindt, zijn in den regel veel te hoog gesteld, en ongetwijfeld meermalen aan pathologisch verdikte slijmvliezen ontleend [1]).

[1]) Zoo geeft Leopold, als maat van het normale, niet menstrueerende slijmvlies 1—2½ millim.; van het menstrueerende 6 à 7 millim. Engelmann en Kundrat (7) vermelden eene dikte-toename van 1 buiten tot 3 à 6 millim. tijdens de periode. Jacobi (15) noemt 1.2—1.5 millim. buiten de periode, 't geen weinig meer dan 1/6 der praemenstruale zwelling zou bedragen.

Bischof (3) vond de praemenstruale zwelling niet constant; bij intercurrente ziekten en bij gestoorde ontwikkeling zag hij ze ontbreken.

Daar wij niet in de gelegenheid waren het normale menstrueerende slijmvlies van de vrouw te bestudeeren, hebben wij getracht deze gaping eenigszins aan te vullen,

Wat de overige, tijdens de menstruatie voorkomende, veranderingen betreft, deze bestaan, zooals door Kahlert (29) in zijn zorgvuldig en nauwkeurig onderzoek is aangetoond, uit de reeds genoemde afstooting van de bovenste slijmvlieslaag, en uit een belangrijke haemorrhagische infiltratie van het resteerende slijmvlies. Alleen de diepste, aan den spierwand grenzende laag is van deze bloed-infiltratie vrij. Typische veranderingen aan de vaten zijn niet aan te toonen, evenmin kleincellige infiltratie of belangrijke slingering der klierbuizen. De slijmvliesafstooting geschiedt onregelmatig, zoodat sommige gedeelten der mucosa reeds groote defecten vertoonen, terwijl elders het epithelium nog bewaard is [1]).

Om bij de beoordeeling van pathologische slijmvliezen met de menstruale en praemenstruale veranderingen rekening te kunnen houden, hebben wij nauwkeurig genoteerd, in welke phase van den menstruatie-cyclus zich het slijmvlies tijdens de curettage bevond, en deze phase in de tabellen vermeld.

Wanneer wij, na deze uitwijding over de normale uterus-mucosa tot onze zieke slijmvliezen terugkeeren, dan wenschen wij allereerst de aandacht te vestigen op eene afwijking, die onder alle ziekten van het baarmoederslijmvlies wel het stiefkind der pathologische anatomie verdient te heeten. Wij bedoelen de echte chronische ontsteking van het baarmoedervlies, de *endometritis catarrhalis corporis uteri.*

Immers terwijl de officieele chronische endometritis, met zijn hypertrophische en hyperplastische veranderingen in klieren en stroma, sedert zij door Ruge in Schroeder's handboek uitvoerig werd bewerkt en geclassificeerd, de algemeene aandacht heeft getrokken, en steeds opnieuw een voorwerp van bespreking in gynaecologische tijdschriften heeft uitgemaakt, is de catarrhale endometritis, ofschoon klinisch bij onze voorvaderen wèl bekend, wat de

door de uterus-mucosa van het varken tijdens en buiten de bronst-periode aan een onderzoek te onderwerpen. Zooals men weet, gaat de bronst bij het varken regelmatig met verdikking van het slijmvlies en niet zelden met bloedige afscheiding gepaard. Het bleek ons nu, dat de dikte van het slijmvlies in den toestand van irritatie ongeveer $1/3$ tot $1/2$ meer bedraagt, dan in den toestand van rust. De verdikking berust hoofdzakelijk op sereuse imbibitie, voor het kleinste gedeelte op hyperplasie van klieren en stroma.

Van bloedinfiltratie en afstooting der oppervlakkige lagen blijkt bij 't varkensslijmvlies niets.

[1]) Leopold vond reuzencellen in de diepe lagen van het menstrueerende slijmvlies; eene waarneming, die nooit door andere onderzoekers is bevestigd. Ook wij zochten ze te vergeefs in diegenen onzer slijmvliezen welke òf onmiddellijk vóór òf onmiddellijk na de periode waren uitgekrabd.

pathologische anatomie betreft nooit systematisch onderzocht. Als gevolg van het ontbreken eener anatomische basis zien wij de aandoening in de laatste jaren of met de chronische endometritis van Ruge samenwerpen of langzamerhand op den achtergrond schuiven en ten slotte geheel wegcijferen. Het laatste doet Schroeder en op zijn voetspoor Stratz (33). Beide laatstgenoemden brengen de klinische verschijnselen der endometritis catarrhalis geheel tot catarrh van het cervix-slijmvlies terug. Ook in Treub's leerboek der Gynaecologie (33) is voor een chronische endometritis catarrhalis corporis geen plaats.

Het is een verdienste van onzen te vroeg gestorven landgenoot Dr. Schmal (34), in zijne voortreffelijke dissertatie er op gewezen te hebben dat de Ruge'sche endometritis (welks meest karakteristieke vorm met de Olshausen'sche endometritis hyperplastica (9) samenvalt, en die door Schmal als hyperplasia mucosae uteri wordt gequalificeerd) van de catarrhale endometritis scherp moet worden gescheiden.

Endometritis catarrhalis corporis uteri.

Als eerste, voor dezen ziektevorm karakteristieke afwijking, ziet men in het overigens vrij wel intacte slijmvlies leucocyten optreden (Fig. 1, *e*). Gewoonlijk vindt men ze vrij gelijkmatig in 't weefsel verspreid; minder vaak zijn zij in groepjes bijeen gelegen. Hun kernen zijn scherp gekleurd, ten deele rond, ten deele gefragmenteerd, meestal door een duidelijk zichtbaren ring van helder protoplasma omgeven. Hier en daar ziet men ze tusschen de cellen van het oppervlake-epitheel doordringen (fig. 1 *é*); hetzelfde kan men soms bij de klieren waarnemen. De stroma-kernen (fig. 1 *c*.) vertoonen niets abnormaals, evenmin als het endotheel der capillaren (*d*). In figuur 1 bestaat het oppervlakte-epitheel toevalligerwijze uit meerdere lagen; dit behoort evenwel niet tot het ziektebeeld van den uterus-catarrh. Wèl staat daarmede in verband de weinig scherpe kleuring der epitheel-kernen, die hier en daar bezig zijn in regressieve metamorphose over te gaan.

Het bovengeschilderde beeld, waarbij de normale vorm-elementen der uterus-mucosa vrij wel zijn bewaard gebleven, kan jaren lang blijven bestaan, zonder voor meer ingrijpende veranderingen plaats te maken.

Fig. 1 is ontleend aan het slijmvlies eener o-para, die sedert haar 1e huwelijk (vóór 11 jaar) aan een profusen, muco-purulenten fluor leed, die hardnekkig iedere therapie trotseerde. Ook de curettage gevolgd door carbol-irrigaties en cauterisaties met ichthyol,

gaf slechts een tijdelijk effect. Ambulatorische behandeling met chloorzink en later intra-uterine galvanocaustiek volgens Apostoli bleef eveneens zonder afdoend gevolg. Patiente vertoonde zich 't laatst in Februari 1893; er was toen nog steeds purulente afscheiding, ofschoon in geringere mate aanwezig.

Bij onderzoek van het cervix-slijmvlies werden ook hier talrijke leucocyten in het weefsel aangetroffen. Wij hebben dus in dit geval te doen met een chronischen catarrh van corpus- en cervix-slijmvlies. Uit de anamnese bestond sterk vermoeden op eene gonorrhoïsche infectie. Gonokokken waren in het etterig secreet niet aan te toonen. Het bedoelde geval staat onder N°. 6 in tabel I.

De infiltratie met leucocyten bereikt soms een veel belangrijker graad, zooals in fig. 2 is te zien, waar de stroma-cellen tegenover de indringers geheel op den achtergrond geraken. Fig. 2 is ontleend aan een slijmvlies, dat niet door abrasio werd gewonnen, maar tengevolge van supravaginale amputatie van een myomateus ontaarden uterus in ons bezit kwam. Bij het openknippen van de uterus-holte bleek de mucosa geheel met een vuilgroen, mucopurulent beslag te zijn bedekt. Daar wij hier geen ongecompliceerde ziekte van het slijmvlies voor ons hebben is het geval niet in de tabellen opgenomen. De leucocyten in fig. 2 hebben meerendeels ronde, slechts bij uitzondering gefragmenteerde kernen. De stroma-cellen zijn goed gekleurd en intact, hetzelfde geldt van de epitheel-cellen die de oppervlakte bekleeden. Bij *c* banen zich de leucocyten, door het oppervlakte-epitheel heen, een weg naar het uterus-lumen.

Geheel anders is het gesteld in fig. 3. Hier ziet men den toestand in wording, die het eind-stadium is der katarrhale ontsteking. Leucocyten, meerendeels met gefragmenteerde kernen, beheerschen het geheele beeld; daartusschen ziet men nog de resten van flauw gekleurde, necrotische stroma-kernen. Op gelijke wijze als het stroma wordt ook het klier- en oppervlakte-epitheel tot versmelting gebracht. De vernietiging der klieren kan duidelijk worden uit fig. 4 en fig. 5. In fig. 4 ziet men een dwarse doorsnede door een klier, welks epitheel-wand nog gedeeltelijk is bewaard, ofschoon de epitheel-cellen (*b*) blijkens haar slechte kernkleuring en weinig scherpe begrenzing tegenover het stroma (*a*) klaarblijkelijk bezig zijn in regressieve metamorphose over te gaan. Bij *c* dringen de leucocyten in het lumen binnen, waarbij de epitheel-cellen tot versmelting worden gebracht. De vernietiging der klieren kan ook op eene andere wijze tot stand komen (zie fig. 5). Deze afbeelding is ontleend aan een praeparaat, waar de ontstekingachtige veranderingen veel minder ver zijn gevorderd dan in fig. 4. Klier-epitheel en stroma zijn hier in vrij goed geconserveerden toestand; slechts is de klier gevuld

door een belangrijk exsudaat; dat bij *c* tusschen de uiteengeperste kliercellen het lumen binnengedrongen, aan den tegenovergestelden wand het klier-epitheel geheel heeft plat gedrukt, zoodat deze cellen (*b*) eigenlijk niet meer van 't omringende stroma (*a*) zijn te onderscheiden. Bij sterkere vulling van het klier-lumen moet het epitheel onvermijdelijk door druk-atrophie te gronde gaan. Fig. 3 en 4 behooren bij het slijmvlies eener patiente, die sedert jaren aan profuse, purulente, stinkende uitvloeiingen leed. Tevens klaagde zij over metrorrhagiën. (zie Tabel I, N°. 23). De mogelijkheid van gonorrhoe was niet uitgesloten; de klinische verschijnselen deden soms een salpingitis vermoeden. In het stadium, dat door Fig. 3 en 4 wordt verduidelijkt, heeft de uterus-mucosa bij zwakke vergrooting een zeer eigenaardig aspect. Fig. 6. afgebeeld naar het slijmvlies van eene andere, aan belangrijke muco-purulente afscheiding lijdende patiente (Tabel I, N°. 20) geeft hiervan eene goede voorstelling. De veranderingen in fig. 6 springen te sterker in 't oog wanneer men ze met fig. 7 vergelijkt, dat volkomen normale verhoudingen aanbiedt, ofschoon van hetzelfde slijmvlies afkomstig en door dezelfde abrasie verkregen als fig. 6. Bij 't bestudeeren onzer slijmvliezen zijn wij herhaaldelijk getroffen geworden door het feit, dat hetzelfde slijmvlies op verschillende plaatsen een geheel verschillend aspect kan aanbieden. Dit geldt niet slechts voor de catarrhale ontstekingen, maar ook voor de hyperplastische en atrophische processen die later ter sprake komen. Naast belangrijk ontstoken gedeelten treft men dikwijls volkomen normale plekken; naast hypertrophische, atrophische gedeelten aan. Wij meenen daaruit te mogen besluiten dat de chronische aandoeningen van het baarmoederslijmvlies een zeer lokaal karakter hebben; dat zij tot bepaalde haarden zijn beperkt en zich van daaruit slechts uiterst langzaam over de omgeving uitbreiden. Hierin ligt onzes inziens de verklaring voor het bij uitstek chronische van het klinische ziektebeeld. Werd het slijmvlies in toto aangetast, dan zou door totale atrophie van stroma en secerneerende elementen, het proces binnen niet al te langen tijd een natuurlijk einde nemen. Nu de aandoening schrede voor schrede van het zieke op het gezonde voortschrijdt, kunnen de klinische verschijnselen jaren lang dezelfde blijven.

Bij vergelijking van fig. 6 en fig. 7 blijkt in fig. 6 het grondweefsel uit veel kleinere elementen saamgesteld. In plaats van klieren vinden wij enkele donkere vlekken *c* die bij sterke vergrooting zich openbaren als resten van klierdoorsneden, welker lumen en epitheel-wand door leucocyten zijn verstopt en overstroomd. Beschouwen wij het stroma van fig. 6 bij sterke vergrooting (zie

fig. 8) dan blijkt, dat wij hier nog weer een later ontstekingsstadium voor ons hebben, dan fig. 3 te aanschouwen gaf. Wij vinden n.l. de oorspronkelijke stroma-cellen geheel verdwenen. In plaats daarvan treden tusschen de leucocyten die de plaats van 't oude grondweefsel hebben geusurpeerd, nieuwe spoelvormige kernen op, door een langgerekt smal cellichaam omgeven. Wij hebben hier eene nieuwvorming van jong fibrillair bindweefsel [1]), dat zich door veel kleinere cellen en scherper kernkleuring van het oorspronkelijke stroma onderscheidt. Een blik van fig. 8 op fig. 9 waar het normale stroma van fig. 7 bij sterke vergrooting is voorgesteld, doet het karakteristieke verschil terstond in 't oog springen. De uterus-mucosa gaat dus bij de catarrhale endometritis ten slotte in al hare samenstellende deelen te gronde, en wordt vervangen door een celrijk, kleincellig fibrillair bindweefsel met veel tusschengestrooide leucocyten, dat geen bedekkend epitheel en geen secerneerende elementen meer bezit [2]).

Vraagt men nu, op welke wijze gezonde en zieke slijmvliesgedeelten vóór de abrasie met elkander in verbinding stonden, dan kost het vrij wat moeite, zich aan de uit hun verband gerukte slijmvliesstukjes daaromtrent te orienteeren. Bij voldoenden rijkdom aan materiaal treft men evenwel soms gedeelten aan, die een geleidelijken overgang van het gezonde naar het zieke te aanschouwen geven; soms zoodanig dat, in eene doorsnede loodrecht op de oppervlakte, de volle dikte van 't slijmvlies eerst door gezond weefsel, en daarnevens (na een geleidelijken overgang waarbij de beelden van fig. 1, 2, 3, 4 en 8 naast elkaar worden aangetroffen) door ontstoken weefsel wordt ingenomen. Een ander maal zijn normale en pathologische gedeelten niet naast, maar boven elkaar geplaatst, zoodanig dat het gezonde weefsel in de diepe, het ontstoken weefsel in de oppervlakkige laag wordt gevonden. Fig. 10 kan van deze rangschikking eene voorstelling geven, ofschoon het hier in de diepte gelegen weefsel niet normaal is, maar het typische beeld eener glandulaire hypertrophie vertoont. Zooals men ziet, bestaat er hier tusschen het hypertrophische en het ontstoken gedeelte een scherpe grens. Interessant is de verhouding der klieren.

Krachtig ontwikkeld en sterk in 't oog springend in de onderste weefsellaag, met grillig uitgebocht lumen (*d*) en sterk gekleurden epitheel-wand, worden ze in het ontstoken gedeelte vruchteloos

---

[1]) Met hetzelfde bindweefsel maakten wij reeds kennis in fig. 5*d*.

[2]) Wij zijn ons wel bewust, dat de naam „catarrhale endometritis" slechts op een klein gedeelte van het boven beschreven ontstekingsproces past, maar achten het om geen verwarring te stichten, noodig, voor het geheele proces den naam te behouden, die voor het klinische ziektebeeld nu eenmaal burgerrecht verkreeg.

gezocht of als wandlooze spleten teruggevonden; terwijl de doorsnede der klieren, die juist op de grens van beide weefsellagen vallen (*d'*) in hun onderste helft een goed geconserveerde epitheelbekleeding bezitten, terwijl de bovenste helft, die in 't ontstoken stroma ligt, half is uitgeveegd, alsof er eene spons over de teekening ware gehaald. Het te gronde gaan der klieren geschiedt hier geheel, zooals naar aanleiding van fig. 4 is beschreven. Het stroma van 't ontstoken gedeelte draagt hetzelfde karakter als in fig. 6, met deze restrictie, dat het weefsel kolossaal geímbibeerd is met bloed, terwijl er tevens eene belangrijke verwijding der veneuse bloedvaten (*e*) bestaat. Dit laatste geldt niet alleen voor de ontstoken, maar ook, ofschoon in mindere mate, voor de hyperplastische laag. Fig. 10 is afkomstig van eene patiente, bij wie 2 maanden post abortum wegens onregelmatige bloedingen abrasio mucosae uteri werd verricht (Tabel II, N°. 64).

Onder de ontstoken slijmvliezen verdient fig. 11 nog eene korte bespreking. De infiltratie met leucocyten is hier zeer wisselend, maar op sommige plaatsen (*a*) zeer belangrijk, zoodat het stroma daar geheel verdrongen is. De leucocyten hebben meerendeels ronde, geen gefragmenteerde kernen. De klieren zijn spaarzaam in 't stroma verspreid en smal (*b*), een enkele maal verwijd, met gedeeltelijke vernietiging van 't epitheel (*b'*). Merkwaardig is in dit praeparaat de belangrijke degeneratie van den wand der kleine arteries (*c*). Deze zijn daarbij zoo sterk uitgezet, dat zij een groot gedeelte van de plaatsruimte in 't praeparaat in beslag nemen. In fig. 12 is een dezer arteries afzonderlijk bij zwakke, in fig. 13 bij sterke vergrooting weergegeven. Uit laatstgenoemde afbeelding blijkt, dat de belangrijke verdikking van den vaatwand op sterke bindweefselwoekering der intima berust; de nieuwgevormde bindweefselcellen nemen door haar hyaline zwelling eene ongeproportioneerde ruimte in, waardoor eenerzijds het lumen wordt vernauwd, anderzijds de spierlaag uiteengedrongen. Ten slotte gaat de hyaline degeneratie ook op den spierwand en eindelijk zelfs op de omgeving over, zoodat bleeke plekken in 't ontstoken weefsel ontstaan, in welker centrum nog slechts sporadisch de gezwollen spierkernen van den vaatwand terug zijn te vinden. Niet zelden gaat de omgeving der hyaline gedegenereerde vaten in totale necrose over (fig. 14).

Het in fig. 11 afgebeelde slijmvlies is afkomstig van eene patiente, die sedert een half jaar, na vermoedelijke gonorrhoïsche infectie, aan belangrijke purulente afscheiding leed. Het slijmvlies bleek bij de abrasio belangrijk te zijn verdikt.

Hyaline degeneratie is in de zieke uterus-mucosa niet zeldzaam.

Alleen als zij zeer belangrijk is (als in fig. 11) gaat zij steeds met ontstekingsverschijnselen gepaard; in mindere graden kan zij ook bij andere chronische afwijkingen van het uterus-slijmvlies voorkomen, bepaaldelijk bij de hyperplasia mucosae uteri.

Hyperplasia mucosae uteri.

Hier bewegen wij ons op een veel betreden gebied. Immers sedert Ruge, in Schroeder's handboek, aan de anatomie dezer afwijking (zijne glandulaire en interstitieele hyperplastische endometritis) eene klassieke studie wijdde, zijn de gynaecologische tijdschriften door bijdragen tot de kennis van dezen ziektevorm als overstroomd. Een enkel woord is dan ook voldoende, om het anatomische beeld der Hyperplasia mucosae uteri in het geheugen terug te roepen. Wie gynaecologische tijdschriften pleegt te lezen of te doorbladeren, herinnert zich onmiddellijk het celrijke, verdikte stroma, en de deels verwijdde, deels vermeerderde klierbuizen met hun kurketrekkerachtig geslingerd beloop of zaagvormig uitgetand lumen.

Een blik op fig. 15 of op de diepere lagen van fig. 10 geeft van het anatomische ziektebeeld eene typische voorstelling. De Ruge'sche onderverdeeling in een glandulairen vorm, waar de klierwoekering overweegt, en een interstitieelen, waar de verdikking voornamelijk het stroma betreft, is niet van essentieele beteekenis, daar beide vormen geleidelijk in elkaar over kunnen gaan en dikwijls naast elkâar in 't zelfde slijmvlies worden aangetroffen. In den regel nemen stroma en klieren beide aandeel aan 't proces.

Waar de klieren niet verwijd zijn en bij zwakke vergrooting geenerlei veranderingen aanbieden, blijkt bij sterke vergrooting niet zelden, dat haar epitheel uit meerdere lagen is opgebouwd. Hetzelfde wordt nu en dan aan het oppervlakte-epitheel waargenomen. Zoowel bij de gekronkelde of zaagvormig getande klieren met éénlagig epitheel als bij de klieren met onveranderd lumen en eene epitheel-bekleeding uit meerdere lagen, zijn dus de klierelementen in woekering getreden; of de ééne of wel de andere afwijking tot stand komt is vermoedelijk van mechanische oorzaken afhankelijk, en wel in hoofdzaak van de meerdere of mindere vastheid van 't stroma. Waar het stroma ijl is en betrekkelijk celarm (zie fig. 18) wijkt het gemakkelijk voor de drukking der meer ruimte vragende epitheel-cellen uitéén; zoo ontstaan de bochtig gekronkelde en verwijde klieren. Waar het uit een vast celrijk weefsel is opgebouwd, moeten de epitheel-cellen als zij bij hare

vermeerdering in de rij geen plaats vinden, naar binnen schuiven, en een dubbele of driedubbele cellaag vormen (fig. 16 en 20) Het woekerend klier- en oppervlakte-epitheel vertoont niet zelden kerndeelingsfiguren (fig. 16*b*); nog vaker worden deze in het stroma aangetroffen (fig. 21*b*).

Dikwijls vindt men het stroma met bloed geimbibeerd; gelijkmatig, waar het weefsel ijl is en zich gemakkelijk uitéén laat dringen; in circumscripte haarden, waar de stroma-cellen dicht opéén liggen en een compact weefsel vormen. Deze bloeding in het weefsel onderscheidt zich geenszins van de bloed-imbibitie tijdens de menstruatie en voert, op gelijksoortige wijze als bij het physiologisch proces, tot de meestal atypische haemorrhagiën, die het klinische ziektebeeld der hyperplasia mucosae uteri beheerschen. Slechts is bij de atypische bloedingen in den regel de weefselafstooting veel geringer dan bij de menstruatie het geval pleegt te te zijn; wel is waar ontbreekt zij niet geheel, maar zij is voor het optreden der bloeding geene conditio sine qua non. Fig. 22 bewijst, hoe de bloedstroom zich een weg naar de oppervlakte kan banen tusschen de intacte cellen door van het oppervlakte-epitheel (*e*). Men krijgt den indruk, alsof bij dit proces de leucocyten (*l*) de voorloopers zijn, die de roode bloedcellen den weg wijzen. Bloeduitstorting binnen de klieren, die niet zeldzaam is, komt vermoedelijk op dezelfde wijze tot stand.

Bij de hyperplasia mucosae uteri komen interessante veranderingen aan de bloedvaten voor, die tot dusverre nog weinig de aandacht hebben getrokken. Bijna constant vindt men de endotheel-cellen der capillaren belangrijk gezwollen. De kernen worden onregelmatig van vorm en zoo groot dat zij de omliggende stroma-kernen en niet zelden de epitheel-kernen in omvang overtreffen. Men vergelijke fig. 23, waar bij sterke vergrooting (olie-immersie $^1/_{12}$ Leitz) een gedeelte van fig. 15 is afgebeeld. Fig. 23 vertoont het epitheel *b* van een overlangs getroffen klier, welks lumen bij *a* ligt. De klierwand heeft papillaire excrescenties, en is gedekt door een tamelijk kleincellig stroma met langwerpige kernen *c*. In dit stroma liggen twee capillaren met sterk gezwollen endotheel-kernen (*d*). Zooals men ziet, zijn deze kernen onregelmatig van vorm en veel grooter dan de kernen van 't klier-epitheel. Hier en daar bevatten de capillaren nog groepjes roode bloedcellen *e*; de grootste ruimte wordt evenwel door gezwollen wandkernen ingenomen. Zoo komt er een stadium, waarin het bloedvat tengevolge van 't beschreven proces geheel impermeabel wordt voor den bloedstroom (fig. 24.)

Soortgelijke processen als bij de capillaren ziet men ook bij de kleine arteries optreden. Zooals bij de normale anatomie der uterus-

mucosa is vermeld, onderscheiden zich de kleine arteries in de diepere lagen van het slijmvlies, door een gekronkeld beloop en een dikken wand. Zij vertoonen evenwel normaliter zoowel op dwarse als op overlangsche doorsnede een behoorlijk gapend lumen. Onder invloed van een dergelijk proces als voor de capillaren is beschreven, n.l. zwelling der endotheel-kernen gepaard met woekeringsprocessen in den vaatwand (nu en dan treft men in den vaatwand kerndeelingsfiguren aan; men vergelijke fig. 25 en fig. 26 *k*) komt sluiting van kleine arteries tot stand (fig. 27). Dat de vaatwand daarbij ziek is en voor roode bloedcellen permeabel wordt, blijkt uit de haemorrhagiën in de buurt; in fig. 25 ziet men bij *r* twee uitgetreden roode bloedlichaampjes. De boven beschreven veranderingen aan de wanden der kleine arteries kunnen met hyaline degeneratie gepaard gaan. In tabel IV N°. 81 vinden wij hiervan een typisch voorbeeld. Dat excessieve hyaline degeneratie steeds van ontstekingsverschijnselen vergezeld gaat, is bij de endometritis catarrhalis reeds medegedeeld. De venen zijn bij de hyperplasia mucosae uteri soms niet veranderd, soms sterk met bloed gevuld en uitgezet.

Gelijktijdig met de veranderingen aan capillaren en kleine arteries, en ten deele zeker daarvan afhankelijk, ziet men in het stroma en in de klieren wijzigingen optreden, die het begin zijn van pathologische afwijkingen. In fig. 23 zagen wij de zieke capillaren in een kleincellig stroma met smalle, langwerpige kernen gelegen. Dit nu is exceptioneel. Gewoonlijk vindt men bij den gezwollen toestand der capillair-endotheliën ook de stroma-kernen gezwollen. Ten deele hebben kernen en cellen daarbij hun rondachtige gedaante bewaard, (fig. 21) en zijn in den regel door grootere of kleinere hoeveelheden eener fijnkorrelige tusschenstof gescheiden, die in balsem-praeparaten structuurloos schijnt, maar bij insluiting in glycerine niet zelden uit resten van roode bloedcellen blijkt te bestaan. Ten deele hebben zoowel de cel als de kern eene spoelvormige gedaante (fig. 28). Cellen van dezen vorm sluiten in den regel bijna zonder tusschenstof aanéén.

Het stroma met gezwollen kernen dat in fig. 21 en 28 bij sterke vergrooting is voorgesteld, doet zich bij zwakke vergrooting voor, zooals fig. 18 te aanschouwen geeft. Naast de vaat-endotheliën en stroma-cellen nemen ook de klier-epitheliën aan den gezwollen toestand deel. Het kan moeielijk zijn, vaat-endotheliën en stroma-cellen van elkaar te onderscheiden, als het boven beschreven proces tot sluiting der capillaren heeft gevoerd.

Bij de beschrijving der catarrhale endometritis werd op het locale der ziekte-processen in de uterus-mucosa reeds de aandacht geves-

tigd. Bij de hyperplasie moeten wij op deze eigenaardigheid terug komen. Immers ook hier worden in dezelfde mucosa zeer verschillende beelden gelijktijdig aangetroffen. Zoo zijn fig. 18 en fig. 19 van dezelfde abrasie afkomstig en bij gelijke vergrooting geteekend. Met fig. 18 hebben wij reeds kennis gemaakt; fig. 19 vertoont schrompeling van alle weefsel-elementen; de klieren zijn smaller; hun celkernen, evenals die van het stroma kleiner, smaller en scherper gekleurd. Bij *a* vindt men de meergemelde kleine arteries met verdikten wand en vernauwd lumen. Ofschoon het weefsel in fig. 19 een geschrompeld aanzien heeft, staat het nog op de grens van het normale. Het plekje is namelijk van de diepere lagen der mucosa afkomstig, en deze zijn normaliter wat vaster dan de oppervlakkige lagen; fig. 19 vertoont nog slechts eene geringe overdrijving van deze normale verhouding. Belangrijker worden de veranderingen, als de schrompelingsprocessen werkelijk tot vernietiging der normale weefsel-elementen leiden. Hier verlaten wij evenwel het gebied van de hyperplasia mucosae uteri en gaan wij over op het terrein van de:

Atrophia mucosae uteri.

Bij dit proces nemen wij progressieve veranderingen van het stroma waar, die tot regressieve veranderingen van klieren en stroma den weg banen, en ten slotte beide te gronde doen gaan. Werpen wij achtereenvolgens een blik op fig. 20, 29 en 30 dan zien wij in fig. 20 de dwarse doorsnede van een klier met bochtig lumen en een meerlagig epitheel (*a*) door een concentrische laag van spoelvormige bindweefselkernen omsloten (*c*) Op verschillende punten zien wij deze bindweefselkernen tusschen de epitheel-cellen heendringen en zich een weg naar het lumen banen (*c*[1]). Waar dit proces toeneemt, gaan de kliercellen door druk-atrophie te gronde en groeit het klier-lumen vol smalkernige bindweefselcellen. Van de oorspronkelijke klier blijft dan slechts een onregelmatig randje kliercellen staan (fig. 29*a*) die steeds meer in de verdrukking geraken en eindelijk geheel verdwijnen. Alleen de concentrische rangschikking der bindweefsel-elementen wijst dan de plaats aan waar vroeger een klier is geweest. De bindweefselkernen zelve worden steeds onregelmatiger van vorm (fig. 30) schrompelen en brokkelen af, om ten slotte tot een onherkenbaar hoopje chromatine korrels te worden gereduceerd.

Men vindt dus het atrophische slijmvlies gekenmerkt door eene dikteafmeting beneden den norm; een vast stroma, uit meerendeels spoelvormige elementen; spaarzame smalle klieren met kleine epitheel-cellen, en arteries met dikken wand en gesloten lumen, ter-

wijl concentrische groepjes van hardgekleurde, half verbrokkelde kernen hier en daar de plaats aanwijzen waar een klier is te gronde gegaan. Bloedingen in het weefsel komen menigmaal voor; tengevolge van de vastheid van 't stroma zijn zij steeds circumscript. Bloeduitstorting binnen de klieren wordt hier minder dikwijls dan bij de hyperplasie aangetroffen.

De hyperplasia mucosae uteri voerde ons ongemerkt tot de atrophie. Hierin ligt reeds de waarschijnlijkheid opgesloten, dat er tusschen de hyperplastische en de atropische processen een zeker verband moet bestaan. Veelvuldig treft men de beide afwijkingen naast elkaar in 't zelfde slijmvlies aan; in de hyperplastische gedeelten vindt men als regel gezwollen capillair-endotheliën, al of niet met bloeduitstorting in den omtrek; in de atrophische gedeelten vindt men gesloten kleine arteries. Het ligt nu in de reden, tusschen beide processen een aetiologisch verband te zoeken en aan te nemen, dat de hyperplasie het begin-stadium is van hetzelfde proces, dat ten slotte in atrophie eindigt. In verband met de veranderingen aan de vaten, kan men zich het beloop dezer processen aldus voorstellen. In het begin-stadium van de hyperplasie worden de capillaren door een prikkel getroffen die de endotheelcellen ziek maakt en de kernen doet zwellen. De capillaren verkrijgen daarbij een verhoogde permeabiliteit, welke tot uitzweeting van vocht in de omgeving voert, waardoor stroma- en epitheelkernen zwellen. Aan dit stadium beantwoordt fig. 18. Zoodra de zwelling der capillair-endotheliën tot sluiting van het lumen heeft gevoerd, ontstaat belemmering in den capillairen bloedstroom, waardoor de overdadige voeding der weefsel-elementen voor verminderde voeding plaats maakt. Gestremde capillaire circulatie kan een oorzaak zijn voor endarteriitis met lumen-vernauwing in de toevoerende arteries. Zoo komt de verandering in de kleine slagadertjes der diepere slijmvlies-lagen tot stand die den bloedstroom blijvend belemmert, en aldus tot atrophie van het geheele slijmvlies voert.

Op deze wijze meenen wij ons de aanwezigheid van hyperplastische en atrophische gedeelten in 't zelfde slijmvlies te moeten verklaren. Deze verklaring stemt overeen met het macroscopisch onderzoek dat in vele gevallen *lokale* hyperplasiën aanwijst (Olshausen's hyperplasie).

Dat het proces lange jaren kan hebben bestaan en de curettage nog steeds hyperplastische gedeelten voor den dag brengt, bewijst niets tegen onze opvatting; immers het beschreven proces schrijdt

niet dan uiterst langzaam voort, en vóór het geheele uterus-slijmvlies van normaal in hyperplastisch, en van hyperplastisch in atrophisch is veranderd kan een half menschenleven vergaan.

Het ligt nogthans niet in onze bedoeling te beweren, dat elke hyperplasie van het uterus-slijmvlies noodwendig in een atrophischen toestand moet eindigen. Men treft bij uitzondering belangrijke hyperplasieën aan, die geenerlei neiging tot atrophiëeren vertoonen. Een voorbeeld daarvan wordt in Tabel II N°. 32 gevonden, ontleend aan eene patiente, bij wie een klein interstitieel myoom in den fundus aanwezig was. Zooals bekend is, komen de belangrijkste hyperplasieën in complicatie met uterus-myomen voor; doch ook zonder deze hebben wij onvermengde hyperplasiën bij onze slijmvliezen waargenomen.

De hyperplastische en atrophische veranderingen der uterus-mucosa hadden wij onder den naam van endometritis hyperplastica atrophicans kunnen samenvatten. Wij hebben dit niet gedaan omdat het begrip der niet-etterige, chronische slijmvliesontsteking uiterst moeilijk te definiëeren valt, en zelfs onder histologen van professie tot meeningsverschillen aanleiding geeft.

Daarenboven zijn wij, met Schmal, van opinie dat het zijn nut heeft, den naam endometritis te reserveeren voor de aandoening, die wij onder den naam van endometritis catarrhalis corporis uteri hebben beschreven.

Hiermede zijn in hoofdzaak de pathologisch-anatomische veranderingen onzer slijmvliezen geteekend. Wij kunnen er nu toe overgaan, ze in verband met de klinische verschijnselen te beschouwen.

Er bestaat in den laatsten tijd eene neiging, zoowel in de Duitsche als in de Hollandsche literatuur, om tusschen de aandoeningen van het cervix- en van het corpus-slijmvlies eene scherpe grens te trekken. Schroeder onderscheidt een endometritis corporis, die zich klinisch uit in bloeding en pijn, en een cervix-catarrh, die in purulente of mucopurulente afscheiding zijn openbaring vindt. Stratz stelt zich geheel op hetzelfde standpunt. Treub noemt eene hyperplasia mucosae uteri, identisch met de chron. endometrit. corporis van Schroeder, en daarnaast een cervix-catarrh. Een catarrhale endometritis corporis met etterige afscheiding, wordt door de genoemde schrijvers ontkend of geheel op den achtergrond geschoven.

Anders oordeelen Schultze (32) en Doléris, die wel degelijk eene etterige afscheiding van het corpus-slijmvlies erkennen, maar deze als een symptoom beschouwen van hetzelfde proces, dat tot menorrhagiën en metrorrhagiën aanleiding geeft.

Het is geen gemakkelijke taak, den oorsprong op te sporen van het etterige sekreet, dat uit het ostium externum te voorschijn komt; ja, men kan met grond beweren, dat een strikt bewijs voor het aandeel der mucosa corporis aan het afscheidingsproces klinisch onmogelijk te leveren is. De argumenten door Schultze en Küstner (15) aangevoerd, om te bewijzen, dat de etter bij purulente leucorrhoe ten deele uit het corpus uteri stamt, worden dan ook als onvoldoende (o. a. in Schroeder's handboek) op zijde geschoven. Daar evenwel de klinische wetenschap zich slechts bij uitzondering van mathematisch strikte bewijzen kan bedienen, en in den regel op ervarings- en waarschijnlijkheidsgronden baseeren moet, komt het ons onjuist voor, aan door erkende onderzoekers gewonnen resultaten zóó geringe waarde te hechten. Schultze grondt zijne overtuiging op talrijke experimenten met zijn veel geciteerden „probetampon". In gevallen van twijfelachtige endometritis, waar bloedingen ontbreken en niet over fluor albus wordt geklaagd, drukt hij een watte-tampon, met $20^0/_0$ tannine-glycerine gedrenkt, vast tegen de portio aan, en laat dezen 24 uur liggen. Vindt hij nu, op den voorzichtig verwijderden tampon, de met het ost. ext. correspondeerende plek met etter bedekt, dan diagnostiseert hij daaruit een endometritis; en wel een endometritis corporis, als de klinische verschijnselen van cervix-catarrh (erosies, gapend ost. ext. met slijmprop) ontbreken. Bij aanwezigheid van een cervix-catarrh meent hij, naast dezen, een endometritis corporis te kunnen diagnostiseeren, als hij, behalve den purulenten slijmprop die uit den cervix stamt, muscusvrije ettervlekken op den tampon bespeurt.

Otto Küstner trachtte het corpus- en cervix-sekreet afzonderlijk op te vangen in glazen buisjes, die hij in den uterus bracht en verscheidene uren liggen liet. Deze buisjes hebben de kromming van het cavum uteri en zijn òf in hun bovenste, òf in hun onderste helft hol en van perforatie-openingen voorzien, al naarmate zij bestemd zijn het afscheidingsproduct van het corpus of van den cervix op te vangen. Door middel van deze holle staafjes bevond Küstner, dat het normale uterus-sekreet dun-vloeibaar en bleekgeel is, in tegenstelling met het taaivloeibare cervix-sekreet In normale omstandigheden is het sekretie-product zoo spaarzaam, dat het maar juist voldoende is om de mucosa vochtig te houden. Zoodra de secreta van corpus en cervix pathologisch worden zijn zij niet meer van elkaar te onderscheiden, beide worden purulent, en het corpus-sekreet kan daarbij veel taaier worden dan in normale omstandigheden.

Volgens Küstner is de etterige catarrh van het corpus uteri bijna even frequent als de etterige cervix-catarrh. Onze tabellen

bevestigen deze uitspraak; juister gezegd, zij bewijzen nog meer, en geven ons het recht den etterigen corpus-catarrh voor nog frequenter te verklaren dan den cervix-catarrh. Wanneer wij onze 100 slijmvliezen overzien, dan vertoonen 55 daarvan het vroeger beschreven beeld der endometritis catarrhalis corporis uteri, en wel 28 in zeer belangrijken graad en 27 in minder vergevorderde stadiën. Daarentegen wordt in die 100 slijmvliezen slechts 25 maal het beeld van den typischen cervix-catarrh aangetroffen [1]).

Gaan wij met het oog op de catarrhale endometritis onze tabellen afzonderlijk na, dan vinden wij in tabel I, waar uit den aard der zaak de meeste catarrhen zijn te verwachten, onder 28 gevallen een 20 tal van endometritis catarrhalis corporis uteri. Deze 20 staan onder de volgnummers: 2*, 3, 4*, 6, 7, 8*, 9*, 10, 11*, 14*, 15, 17*, 18*, 19*, 20*, 21, 22*, 23*, 24*, 25. De dertien met sterretjes gemerkte nummers wijzen de belangrijk ontstoken slijmvliezen aan; de 7 overige, de lichte catarrhen. Van deze 20 corpus-catarrhen zijn er 11 met cervicaal-catarrhen gecompliceerd, n.l. de nummers 2*, 4*, 7, 10, 11*, 15, 17*, 20*, 21, 22* en 23*. Er blijven dus 9 ongecompliceerde corpus-catarrhen over, te weten de nummers: 3, 6, 8*, 9*, 14*, 18*, 19*, 24* 25. Hiervan vertoonden de nummers 6, 8, 14, 18, 19 en 25 een sterke muco-purulente, 3 een sero-sanguinolente, 9 en 24 een muco-sanguinolente afscheiding.

Tegenover deze 9 corpus-catarrhen zonder cervix-catarrh staan 4 cervix-catarrhen zondor corpus-catarrh, te weten, de nummers 1, 5, 12, 27. Hiervan vertoonde 12 een muco-purulente, 27 eene vuile etterige afscheiding terwijl bij 1 sterke fluor albus en stinkende menstruaal-afscheiding staat vermeld.

N^0. 5 imponeerde klinisch voor een cervix-catarrh. Het mikroskopisch onderzoek, dat zich over corpus en cervix beide uitstrekte, gaf in beide slechts een zóó matig gehalte aan leucocyten, dat wij geen aanleiding vonden het slijmvlies onder de catarrhen te rangschikken. Daar nogtans een profuse muko-purulente afscheiding bestond, hebben de mikroskopische doorsneden vermoedelijk de karakteristieke plekjes gemist en moeten wij bij dit slijmvlies een vraagteeken zetten. De aetiologie gaf hier vermoedelijk gonorrhoe, men heeft dus ook nog rekening te houden met de mogelijkheid dat de pus uit de tubae stamde, ofschoon van een klinisch te diagnostiseeren pyosalpinx nimmer kwestie was.

Er blijven nu van Tabel I nog 4 gevallen over, waar noch

---

[1]) Wij brengen hier in herinnering, dat het cervix-slijmvlies niet door de curette kan worden afgekrabd, en de diagnose „cervicaalcatarrh" dus in den regel op klinische gronden werd gesteld.

corpus- noch cervix-catarrh kon worden geconstateerd. Het zijn de nummers: 13, 16, 26, 28.

In N°. 13 was de afscheiding van muco-sanguinolenten aard, en geheel uit de aanwezigheid van cervicaal-polypen te verklaren.

In N°. 16 bestond eveneens een sanguinolente, geen etterige afscheiding.

In N°. 26 was de afscheiding van purulenten aard en bestonden er erosies. Daar het corpus-slijmvlies geheel van ontstekingsverschijnselen vrij was, moet deze afscheiding wel tot het cervicaalslijmvlies worden teruggebracht, al was klinisch het typische beeld van den cervicaal-catarrh niet aanwezig.

Bij N°. 28 komt wederom een vraagteeken. Muco-purulente afscheiding; geen erosies, klinisch geen typische cervicaal-catarrh en in het corpus-slijmvlies bij microscopisch onderzoek slechts spaarzame leucocyten en een enkel infiltraatje.

Bij de beoordeeling van gevallen als N°. 5, 26 en 28 herinnere men zich het lokale der ontstekingsprocessen, waardoor de mogelijkheid gegeven wordt dat de karakteristieke beelden zelfs aan een minutieus onderzoek ontsnappen; tevens houde men in 't oog dat het niet aanwezig zijn van een klinisch waarneembaren cervicaalcatarrh nog niet het recht geeft tot een gezonden toestand der mucosa cervicis te besluiten.

Overzien wij nu Tabel II (Bloedingen) dan vinden wij ook hier het aantal corpus-catarrhen vrij sterk vertegenwoordigd. Onder de 36 gevallen die deze tabel samenstellen, wordt 15 maal het beeld van de catarrhale endometritis gevonden, en wel 6 maal in een vergevorderd stadium en 9 maal in minder exquisiten vorm. De 15 catarrhen staan onder de rangnummers:

41*, 44*, 45, 47, 49, 50, 51, 52*, 54, 55, 56, 59, 62*, 63*, 64*; de exquisite catarrhen zijn met sterretjes gemerkt. Van deze gevallen zijn de nummers 45, 47 en 49 tevens met cervicaal-catarrh gecompliceerd, terwijl bovendien in deze tabel nog 4 gevallen van ongecompliceerde cervix-catarrh worden gevonden, onder de volgnummers: 33, 46, 53 en 58.

Dat bij de catarrhen van Tabel II de purulente afscheiding minder op den voorgrond treedt, wordt door het overwegen der bloedingen gemakkelijk verklaard. Zoo is in de gevallen: 41*, 44*, 52*, 54, 55, 62*, 63* en 64* geen andere dan bloedige afscheiding waargenomen.

Tabel III (der Dysmenorrhoeën) geeft onder 14 gevallen 2 typische corpus-catarrhen, n.l. de nummers 70* en 78*, en buitendien 7 catarrhen van lichten aard, te weten de nummers 65, 66, 69, 71, 72, 76 en 77. Klinisch te constateeren typische cervicaal-catarrhen

komen in deze categorie niet voor. Belangrijke muco-purulente afscheiding is slechts in twee gevallen genoteerd nl. bij de nummers 73 en 78. In N°. 78 is zij uit den belangrijken corpus-catarrh te verklaren, in N°. 73 waar geen spoor van ontsteking in 't corpusslijmvlies werd aangetroffen, moet de catarrh waarschijnlijk tot het endometrium cervicis worden teruggebracht.

In de rubriek der indirecte symptomen (Tabel IV) speelt de corpus-catarrh weer een zeer belangrijke rol. Wij vinden n.l. onder de 22 gevallen dezer Tabel 7 typische gevallen van endometritis corporis uteri, en daarnaast 4 andere, die wel is waar minder exquisite veranderingen vertoonen, maar toch tot de echte catarrhen gerekend moeten worden. De helft dezer tabel wordt dus door ontstekingen ingenomen. De nummers der ontstoken slijmvliezen zijn 85*, 86*, 87*, 88*, 89, 90, 91*, 92, 95*, 96, 100*.

De nummers 95 en 96 zijn tevens cervicaal-catarrhen terwijl N°. 97 een cervicaal-catarrh zonder corpus-catarrh aanwijst.

Recapituleerende vinden wij

Corpus-catarrhen.	Geïsol. corpus-catarrhen.	waaronder: gecombineerde corpus- en cervix-catarrhen.	Geisol. cervix-catarrhen.	Cervix-catarrhen.
		In tabel I, op 28 gevallen		
20	9	11	4	15
		In tabel II, op 36 gevallen waaronder:		
15	12	3	4	7
		In tabel III, op 14 gevallen waaronder:		
9	9	0	0	0
		In tabel IV, op 22 gevallen waaronder:		
11	9	2	1	3
		Totaal op 100 gevallen. waaronder:		
55	39	16	9	25

Het is nu van groot belang na te gaan in hoeverre onze tabellen over de aetiologie der endometritis catarrhalis licht kunnen werpen.

Bij de rangschikking onzer gevallen is behalve met de klinische symptomen ook met de levenscondities, bepaaldelijk het al of niet gehuwd zijn en het aantal kinderen rekening gehouden. In al de tabellen zijn de virgines voorop geplaatst, daarna volgen de niet virginale nulliparae, dan de primiparae en eindelijk de multiparae, zooveel doenlijk naar het aantal kinderen gerangschikt. Tabel II wijkt hiervan in zooverre af, dat alle gevallen, waar de bloedingen zich onmiddellijk bij een abortus aansloten, achteraan zijn geplaatst. Overzien wij nu onze tabellen met het oog op de aetiologie der endometritis catarrhalis corporis uteri, dan treft ons dat in tabel I, die het grootste contingent van catarrhen levert, geen enkele virgo wordt aangetroffen.

Tabel II telt 9 virgines. Geen der 9 slijmvliezen vertoonde het beeld van den uterus-catarrh. In één geval, N°. 33, werd een typische cervicaal-catarrh aangetroffen.

In tabel III vinden wij 6 virgines. Onder deze werd éénmaal het beeld van den typischen corpus-catarrh aangetroffen (N°. 70), en driemaal een lichte catarrhale ontsteking (N°. 65, 66 en 69).

Tabel IV telt 10 virgines; 4 van deze vertoonden een zeer belangrijken graad van ontsteking der corpus-mucosa (N°. 85, 86, 87 en 88).

Wij hebben dus onder 25 virgines 5 belangrijke en 3 lichte corpus-catarrhen aangetroffen; benevens één cervicaal-catarrh, niet met endometritis corporis gecombineerd.

Van de belangrijke catarrhen vallen er 4 onder de rubriek Indirecte symptomen, één onder de rubriek Dysmenorrhoea. Laatstgenoemde (N°. 70) was een typisch geval van dysmenorrhoea membranacea. De uitgestooten membranen vertoonden geheel hetzelfde mikroskopische beeld als de ontstoken gedeelten der uitgekrabde corpus-mucosa. De anamnese gaf omtrent de aetiologie der afwijking geen licht. Patiente was een overigens gezond meisje van 25 jaar. De bezwaren hadden zich reeds bij 't eerste optreden der menstruatie vertoond. Het uitstooten van membranen had niet regelmatig bij elke menstruatie plaats.

Van de vier typische catarrhen van virgines onder de rubriek Indirecte symptomen kan het volgende worden medegedeeld.

N°. 85, virgo van 36 jaar, was een neurasthenica met een lange reeks van klachten, bestaande in algemeen gevoel van zwakte, vermoeidheid, kortademigheid, palpitaties.

Reeds vijf dagen vóór de periode treedt mislijkheid op, gepaard met hoofdpijn, brandende pijn in den rug, pijn in armen en bee-

nen. De minste vermoeienis wekt oedemen om de enkels en formicatie-gevoel in beide beenen op.

Patiente heeft veel gesukkeld, en o. a. wegens een vermoedelijk ruggemergslijden 9 maanden te bed gelegen.

Dat slechts een klein gedeelte der bestaande klachten op rekening der endometritis mocht worden gesteld, was a priori reeds waarschijnlijk en scheen ook te blijken uit het effect der therapie die in den algemeenen toestand aanvankelijk weinig verbetering bracht. Latere berichten luidden evenwel veel gunstiger.

N°. 86 was een virgo van 40 jaren, wier klachten hoofdzakelijk in maagstoornissen en hoofdpijnen bestonden. Plaatselijk was een muco-purulente en sanguinolente afscheiding aanwezig Merkwaardig was dat de stoornissen dateerden van een infectie-ziekte, n.l. roodvonk, waaraan patiente vóór 6 jaar leed. De therapie had het gewenschte effect. Ruim een jaar nà de curettage vertoonde patiente zich volkomen gezond.

N°. 87, virgo van 32 jaar; hoofdklacht: psychische depressie. Menstruatie spaarzaam, met krampen; soms lipothymia. Nu en dan tijdens de menses uitstooting van „velletjes". Het plaatselijk onderzoek openbaarde behalve een endometritis een retroversio uteri. De therapie had een volkomen succes.

N°. 88, virgo van 42 jaar. De hoofdklacht bestond hier in onwillekeurige urineloozing. Tevens was een muco-purulente afscheiding aanwezig, terwijl de uterus in retroversie lag. Wegens parametritis en pijn in de linkerzijde van den buik was reeds vroeger eene behandeling met heete douches, tampons en electriciteit toegepast. De therapie in de kliniek bestond in curettage, gevolgd door cauterisatie met chloorzink en tinct. Jod. Vóór 't vertrek der pat. werd de uterus gereponeerd en een Hodge-pessarium ingebracht. De bezwaren van de zijde der blaas waren daarna volkomen opgeheven.

De drie lichte catarrhen van virgines onder de rubriek Dysmenorrhoe zijn te vinden onder de nummers 65, 66 en 69.

N°. 65, virgo van ongeveer 25 jaar, is van een zwakke constitutie en klaagt steeds over lendenpijn, algemeen gevoel van moeheid, anorexie. Zij heeft vroeger aan lupus nasi geleden en vertoont, tijdens haar verblijf in de kliniek, een lupeuze ulceratie aan den voet. Er bestond een vrij belangrijke stenose van het ostium int. De therapie had slechts een tijdelijk effect. Gedurende een half jaar waren de menses pijnloos; daarop begon zich geleidelijk de oude dysmenorrhoe weêr te ontwikkelen. Pat. is op 't oogenblik onder psycho-therapeutische behandeling, waarbij zij zich betrekkelijk wel gevoelt. Zij verklaart, dat de menstruatie tegenwoordig pijn-

loos is, „wanneer de dokter er aan denkt om er op te werken.”

Stenose van het ost. int. was ook in N°. 66 en 69 aanwezig, beide virgines, de eerste van 40, de andere van 30 jaar oud. De ontstekingsverschijnselen in 't slijmvlies bepaalden zich in N°. 65 tot eenige leucocyten in 't oppervlakte-epitheel, in N°. 66 tot enkele groepjes kleincellig infiltraat, in N°. 69 tot infiltratie in het stroma van rondcellen, ten deele met gefragmenteerde kernen.

Wat het effect der therapie betreft, zoo bleef N°. 66 vijf maanden zonder bezwaren. Latere berichten ontbreken.

Bij N°. 69 was de stenose zeer belangrijk niettegenstaande een jaar geleden in Londen bloedige dilatatie van het ost. int. was verricht. Onze therapie, die inzonderheid op verwijden en wijd houden van het ost. int. was gericht, bestond, nà laminaria-dilatatie en curettage, in tamponnade van het cavum uteri met jodoformgaas, die tot 7 maal toe werd herhaald; daarna werd vijfmaal cauterisatie der uterus-mucosa met tinct. Jod. verricht. Het onmiddellijk effect der therapie was, dat het ost. internum wijd geopend bleef en dat de eerste menstruatie nà de behandeling met minder pijn ging gepaard. Daarna menstrueerde patiente weer met heftige krampen.

Uit de bovenmedegedeelde waarnemingen kunnen wij de volgende conclusies trekken:

1°. Dat etterige corpus-catarrhen bij virgines betrekkelijk zeldzaam zijn (onder 25 gevallen 5 typische en 3 onbeduidende catarrhen.)

2°. Dat zij in den regel niet tot profuse muco-purulente afscheiding aanleiding geven.

3°. Dat de verschijnselen, waardoor de catarrhale ontstekingen bij virgines zich klinisch openbaren, in den regel zijn van *indirecten* aard.

4°. Dat bij virgines, wier hoofdklacht in meno- of metrorrhagiën bestaat, in het slijmvlies geen ontstekingsverschijnselen zijn te verwachten.

5°. Dat bij de aetiologie der slijmvlies-ontstekingen van virgines inzonderheid de aandacht gevestigd moet worden op vroeger doorstane infectie-ziekten en op chronische constitutioneele afwijkingen.

Beschouwen wij nu de corpus-catarrhen bij niet-virginale nulliparae. Wij vinden ze onder de volgende nummers:

In Tabel I (Fluor) onder 9 nulliparae 7 catarrhen, te weten: N°. 2*, 3, 4*, 6, 7, 8*, 9, (2, 4 en 7 tevens cervicaal-catarrh).

In Tabel II (Bloedingen) onder 6 nulliparae 1 catarrh, te weten: N°. 41*, (de nummers 59 en 62, waar abortus was voorafgegaan, zijn onder de primiparae gerekend).

In Tabel III (Dysmenorrhoe) onder 7 nulliparae 4 catarrhen, n.l. N°. 71, 72, 76, 77.

In Tabel IV (Indirecte Symptomen) komen slechts 3 nulliparae voor, wier slijmvliezen alle drie ontstekingsverschijnselen vertoonen. Zij staan onder de nummers 89, 90 en 91.

Wij vinden dus 17 gevallen van corpus-catarrh op een totaalcijfer van 27 nulliparae. Deze cijfers moeten evenwel met twee worden verminderd, daar bij de nummers 59 en 62 de verschijnselen zich bij een abortus aansloten, en deze twee gevallen dus nader staan aan de categorie der primiparae dan der nulliparae. Wij vinden ze bij de bespreking van den abortus terug. De verhouding van 17 op 27 verandert dus in 15 op 25. Twee derden onzer nulliparae vertoonen dus catarrh der corpus-mucosa.

Onder deze 15 catarrhen vinden wij bij de aetiologische momenten 6 maal vermoedelijke gonorrhoe [1]) en wel 4 maal onder de rubriek Fluor, N⁰ 2, 4, 6, 7, éénmaal onder de rubriek Dysmenorrhoe, N⁰. 76, en éénmaal onder de rubriek Indirecte symptomen, N⁰. 91. Bij de 9 overblijvende nulliparae met catarrhale endometritis zijn de bijzonderheden schaarsch, die voor de aetiologie beteekenis hebben. In twee gevallen bestond retroversio uteri (N⁰. 8 en N⁰. 77), in één geval stenose van het ost. int. (N⁰. 71). Ofschoon zoomin retroversio uteri als stenose onder de eigenlijke oorzaken der endometritis mogen worden gerekend, wordt algemeen aangenomen, dat beide praedisponeerend kunnen werken.

Het verdient opmerking, dat de catarrhen, die bij stenose van het ostium internum werden geconstateerd, zoowel bij virgines als bij nulliparae, alle tot de lichte vormen behooren.

In N⁰. 72 vinden wij onder de aetiologische momenten vermeld: uterus in anteversie gefixeerd. Deze omstandigheid moet wellicht eer als gevolg dan als oorzaak der endometritis worden aangezien. Het is bekend dat aandoeningen van het endometrium zich zeer licht op de omgeving van den uterus voortzetten, zoodat verplaatsing of knikking van de baarmoeder met verkorting der ligamenten tot de veelvuldig voorkomende complicaties behooren, ook in gevallen waar specifieke aandoeningen kunnen worden uitgesloten. De aetiologie der catarrhale endometritis van de nulliparae, gerangschikt onder de nummers: 3, 9, 41, 89 en 90 schuilt geheel in het duister. Vergelijken wij de slijmvliezen met elkaar, die onder verdenking van gonorrhoische infectie liggen (N⁰. 2, 4*, 6, 7, 76 en 91) dan vinden wij daaronder twee, die slechts weinig belangrijke ontstekingsprocessen vertoonen n.l. 7 en 76. Al de anderen

---

[1]) Buitendien moet tot de vermoedelijke gonorrhoeën nog worden gerekend No. 5, waar de oorsprong der muco-purulente afscheiding door het mikroskopisch onderzoek niet werd ontdekt.

geven het beeld eener exquisite catarrhale endometritis, in N°. 2, 4, 7, met cervicaal-catarrh gecombineerd. Uitdrukkelijk moet worden vermeld, dat het anatomische beeld niets karakteristiek heeft voor gonorrhoe. Indien N°. 4 ons wellicht in verzoeking had gebracht, de sterke hyaline degeneratie der vaatwanden met de gonorrhoe in verband te brengen, dan zou N°. 81, het hypertrophische niet ontstoken slijmvlies eener virgo uit Tabel IV, ons van die opvatting volkomen genezen.

Het hier gezegde geldt natuurlijk voor de chronische gonorrhoe; op de vraag naar de acute geven onze slijmvliezen geen antwoord. Uit den arbeid van Uter (51) wordt het evenwel zeer waarschijnlijk, dat ook de acute gonorrhoïsche endometritis geen ander beeld dan dat van den acuten catarrh te aanschouwen geeft. Voor de differentieel-diagnose van gonorrhoïsche of niet gonorrhoïsche infectie kan de curette ons dus niet helpen.

Na de virgines en nulliparae volgen in onze beschouwing de vrouwen die één of meer malen zwanger zijn geweest.

In Tabel I bedraagt haar aantal 19, waarvan 13 een catarrhale ontsteking der corpus-mucosa vertoonen, nl. de nummers:
10, 11*, 14*, 15, 17*, 18*, 19*, 20*, 21, 22*, 23*, 24*, 25. Acht van deze zijn tevens cervix-catarrhen, n.l. 10, 11, 15, 17, 20, 21, 22 en 23.

In Tabel II vinden wij op een getal van 11 vrouwen die gebaard of geaborteerd hebben, 14 ontstoken slijmvliezen, n.l.
44*, 45, 47, 49, 50, 51, 52*, 54, 55, 56, 59, 62*, 63*, 64*. De nummers 45, 47 en 49 zijn tevens cervicaal-catarrhen.

Tabel III telt slechts ééne vrouw die gebaard heeft. Haar slijmvlies, N°. 78, vertoont typische ontsteking.

In Tabel IV vinden wij onder 9 multiparae vier ontstoken slijmvliezen, nl. de nummers 92, 95*, 96, 100* waarvan 95 en 96 tevens cervicaal-catarrhen.

Resumeerende vinden wij onder 50 patienten wier uterus één of meermalen in functie is getreden, 32 catarrhale ontstekingen der corpus-mucosa, dat wil zeggen 64°/₀. Geïsoleerde cervix-catarrhen vinden wij in deze rubriek 6 maal, nl. de nummers 12, 27, 46; 53, 58 en 97.

Onder de aetiologische momenten vinden wij 3 maal vermoedelijke gonorrhoe, nl. in N°. 10, 23 en 45. Retroversie hebben wij viermaal geconstateerd n.l. in N°. 21. 22, 47 en 49.

Abortus speelt eene groote rol, vooral in de Tabel der bloedingen, waar zij 7 maal tot catarrhale ontsteking van het slijmvlies aanleiding gaf; zie de nummers: 54, 55, 56, 59, 62*, 63*, 64*. Ook in N°. 17 en 96 zijn de klachten tot abortus terug te brengen, in N°. 44 tot partus praematurus. In N°. 96 komt in de anamnese

tevens een mola-zwangerschap voor. Vele vrouwen wisten met beslistheid den partus aan te geven, waarvan hare klachten dateerden, zoo bij N°. 14, 16, 24.

. Toch waren de bezwaren in den regel geleidelijk opgetreden en slechts zelden tot een typischen febris puerperalis terug te brengen.

De aandoening van het uterus-slijmvlies, die door ons in de voorgaande bladzijden als catarrhale endometritis werd beschreven is dezelfde, die door Doleris als echte metritis [1]) wordt gequalificeerd, en gesplitst in: Métrite inflammatoire banale, métrite blennorrhagique en métrite puerperale. De métrite puerperale vinden wij terug in onze catarrhale endometritis post partum of abortum; zijne métrite blennorrhagique in onze catarrhale endometritis waarbij gonorrhoe in de anamnese staat vermeld; zijne métrite inflammatoire banale omsluit alle gevallen van catarrhale endometritis die deze beide aetiologische momenten missen; zij omvat dus al onze catarrhale endometritiden bij virgines of nulliparae, waar de aetiologie in vroegere infectie-ziekten is gelegen of waar wij geene of hoogstens een praedisponeerende oorzaak kunnen vinden, 't zij van directen, 't zij van indirecten aard. Onder praedisponeerende oorzaken van directen aard verstaan wij: stenose, suppressio mensium, ante- en retroflexie, tumoren, drukking op den uterus door overvulde darmen; onder praedisponeerende oorzaken van indirecten aard: overmatige vermoeienissen, vooral tijdens de menses, als paard- en wielrijden, dansen, werken met de trapnaaimachine en dergelijke.

De métrite inflammatoire banale is dus eigenlijk een samenraapsel van alle catarrhale endometritiden, zonder goed gekarakteriseerd aetiologisch moment, en is dus wel geschikt het irrationeele in het oog te doen springen van de poging, om op het tegenwoordig standpunt onzer kennis de aetiologie tot grondslag eener verdeeling te maken. Dat in alle gevallen van endometritis catarrhalis infectie in 't spel is, nemen wij met Doléris zonder voorbehoud aan; onzes insziens kan evenwel, bepaaldelijk voor zijne „métrite inflammatoire banale" de diagnose der infectieuse aetiologie eerst à posteriori, uit het resultaat van het mikroskopisch onderzoek der uitgekrabde mucosa, in verband met de klinische symptomen, worden gesteld.

Uit onze tabellen bleek, dat aan infectie tijdens 't kraambed voor de aetiologie der endometritis catarrhalis eene groote betee-

[1]) Volgens de Fransche opvatting bestaat er geen endometritis waarbij niet de geheele uterus-wand aan het proces deelneemt. De Fransche litteratur spreekt dus steeds van métritis waar wij endometritis gebruiken.

kenis toekomt. Dat deze infectie zoo menigmaal wordt miskend, verklaart zich uit het ontbreken van karakteristieke initiaal-symptomen. Indien na elken partus stelselmatig temperatuurmetingen werden gedaan, en de verschijnselen, die zich in het kraambed voordoen, nauwkeurig werden gecontroleerd, dan zou de statistiek der febris puerperalis eene geheel andere worden. Temperatuursverheffingen (die aan zog-stasis of coprostasis worden toegeschreven) wankleurige lochiaal-secretie, pijnlijkheid in den onderbuik en de iliacaal-streek, allen verschijnselen die over 't hoofd worden gezien, omdat de kraamvrouw zich betrekkelijk wèl voelt en den 10den dag kan opstaan, zijn menigmaal de eenige symptomen van een acuut ontstekingsproces der baarmoeder, dat soms jaren lang latent blijft, om later, onder geheel andere verschijnselen, als chronische endometritis voor den dag te komen.

In andere gevallen openbaart zich de gevolgtoestand der ontsteking reeds kort na de baring, in den vorm van de zoogenaamde subinvolutio uteri, die klinisch in den regel tot bloedingen aanleiding geeft.

Ook op indirecte wijze kan de baring het ontstaan van endometritis begunstigen, nl. wanneer zij tot ruptura perinaei heeft gevoerd. De wijd gapende vulva vormt dan eene ruime porte d'entrée voor infectie-kiemen, welke een steeds recidiveerende endometritis veroorzaken, die eerst na de perinaeorrhaphie tot definitieve genezing komt.

Terwijl o. i. aan dit aetiologisch moment voor endometritis te weinig gewicht wordt toegekend, is daarentegen, met name van Amerikaansche zijde, te groote beteekenis gehecht aan de aanwezigheid van cervix-scheuren, die niet slechts plaatselijke bezwaren, maar ook reflex-neurosen zouden veroorzaken. Naar onze overtuiging is van de door Emmet (10) aangeprezen trachelorrhaphie weinig heil te verwachten, wanneer de eigenlijke zetel van het lijden, het endometrium corporis, onaangeroerd blijft.

Bij de beschouwing van den abortus als aetiologisch moment voor catarrhale endometritis houde men in 't oog, dat in de 2de of 3de zwangerschapsmaand, het stadium waarin de abortus gewoonlijk optreedt, het ei maar zelden in toto wordt uitgedreven, zoodat menigmaal resten van decidua-weefsel of placenta achterblijven. Deze resten nu zijn geliefkoosde centra voor het optreden van ontsteking. Treft men zulk een decidua-eiland toevallig in de mikroskopische doorsnede, dan vindt men een beeld zooals in Fig. 31 naar een onzer slijmvliezen (N°. 63) is geteekend. De karakteristieke, groote decidua-cellen *d* met ronde kernen en polygonale, goed begrensde cellichamen vormen een scherp contrast zoowel met de

kleinkernige epitheel-cellen *a* als met de dicht opeengedrongen stroma-kernen *b*.

Tusschen en binnen de decidua-cellen ziet men een menigte leucocyten met gefragmenteerde kernen *e*. Waar deze de overhand nemen gaat het decidua-weefsel te gronde, op gelijke wijze als bij de bespreking der catarrhale endometritis voor de normale bestanddeelen der uterus-mucosa is aangetoond [1]).

Het verdient opmerking, dat bij bloedingen post abortum, zelfs in gevallen waar klinisch de diagnose retentie van eivliezen vaststaat [2]), het vinden van decidua-eilanden in 't uitgekrabde slijmvlies volstrekt niet constant is; in den regel is na betrekkelijk korten tijd het decidua-weefsel in situ geresorbeerd of wellicht bij minimale partikels met de lochiën weggevloeid. Het mikroskopisch beeld vertoont dan óf een gewone catarrhale endometritis, óf wel de vroeger beschrevene hyperplasia of atrophia mucosae uteri; niet zelden ook eene combinatie van twee of drie dezer toestanden (zie fig. 10). In onze 100 slijmvliezen, waaronder 12 die post abortum waren gecuretteerd, werden slechts 3 maal resten van deciduaweefsel aangetroffen, nl. in N°. 56, 60 en 63.

Ook waar het post abortum uitgekrabde slijmvlies een typische catarrhale ontsteking vertoont, wordt het klinische ziektebeeld geheel door bloedingen beheerscht, die de purulente afscheiding maskeeren. Deze bloedingen nu zijn niet als een symptoom der catarrhale endometritis qua talis te beschouwen, maar hangen met den toestand van sub-involutie samen, die na abortus zoo menigmaal achterblijft, en een praedisponeerend moment voor infectie kan geven. Waar de abortus door kunstmiddelen is opgewekt, ligt het vermoeden van infectie door sonde of bougie voor de hand. Waar reeds vroeger endometritis bestond, kan de abortus gevolg der ontsteking zijn geweest.

Bij de beschouwing der gonorrhoe als oorzaak van endometritis, moet in herinnering worden gebracht, dat zelfs acute gonorrhoeën bij vrouwen zonder pijn kunnen verloopen, inzonderheid wanneer zij niet met urethritis gepaard gaan. Zij worden dan als zoodanig over 't hoofd gezien, en als gewone fluor albus, met tijdelijk ver-

---

1) De „Ersatzzellen" die Gustav Klein (35) bij de regressieve metamorphose der decidua na partus of abortus, tusschen de decidua-cellen ingestrooid vond, en waarvan hij de regeneratie der uterus-mucosa afleidt, hebben wij te vergeefs gezocht. Wij vonden niets dan leukocyten, meerendeels met gefragmenteerde kernen en kunnen, na lezing van hetgeen Klein over zijne „Ersatzzellen" mededeelt, het vermoeden niet terughouden, dat de bedoelde cellen feitelijk niets dan leucocyten zijn geweest.

2) Volgens Winter (36) wordt door retentie van eivliezen allêén dán bloeding opgewekt als zij gedeeltelijk loshangen. De involutie zou daardoor worden belemmerd.

meerderde afscheiding, beschouwd. Blijft het nu niet bij eene ontsteking der vagina — en volgens de misschien wat te hoog gestelde cijfers van Noeggerath (37) breidt het proces zich in 75°/₀ der gevallen over den uterus en zijne omgeving uit; — dan komen ook deze gevallen eerst onder observatie als de gewone klachten over rug- en lendenpijnen de patiente naar den medicus drijven, m. a. w. als het chronische stadium reeds lang is ingetreden. Gonokokken zijn in het secretie-product niet meer aan te toonen, en bij 't navorschen der aetiologie moeten wij ons wederom met „misschien" of „waarschijnlijk" tevreden stellen.

Uit de bovenmedegedeelde waarnemingen betreffende de endometritis catarrhalis corporis uteri blijkt ten duidelijkste hoe irrationeel het is, bij etterigen fluor alléén het cervix-slijmvlies in behandeling te nemen. Immers, ons overzicht op pag. 89 geeft slechts 9 geisoleerde cervix-catarrhen, tegenover 39 geisoleerde corpuscatarrhen en 16 combinaties van beiden. Volgt men den regel, om bij etterigen fluor de geheele mucosa corporis et cervicis te behandelen, dan heeft men weliswaar de zekerheid, in enkele gevallen zijne therapie tot een niet ontstoken slijmvlies uit te strekken; dit geeft evenwel geenerlei bezwaar, ja kan in vele gevallen nuttig zijn, daar de niet ontstoken mucosa corporis bij cervicaal-catarrhen niet zelden hypertrophische veranderingen vertoont (zoo in vijf van onze 9 gevallen, te weten de nummers 12, 27, 33, 46 en 97). Gaat men daarentegen van het onjuiste beginsel uit, dat etterige fluor alléén uit den cervix stamt, en laat men bij zijne therapie het corpus-slijmvlies onaangeroerd, dan kan men verzekerd zijn in het meerendeel der gevallen half werk te verrichten en het beoogde doel te missen.

Het is ons evenmin als anderen onderzoekers gelukt, onbetwistbare klinische kenmerken te vinden, ter onderscheiding van corpus- en cervix-catarrh. In den regel is het bestaan van cervix-catarrh klinisch gemakkelijk te herkennen of uittesluiten [1]). Corpus-catarrh zonder cervix-catarrh mag men aannemen, waar etterige fluor bestaat bij afwezigheid van het klinische beeld van den cervix-catarrh. Daar de fluor niet zelden aan de aandacht der patienten ontsnapt, kan de Probetampon van Schultze hier voor de diagnose goede diensten bewijzen. De groote moeilijkheid ligt evenwel in de beoordeeling van den toestand der corpus-mucosa bij aanwezigheid van

---

[1]) Toch moesten wij bij de bespreking onzer tabellen in enkele gevallen tot het bestaan van een cervix-catarrh besluiten, waar deze klinisch niet was gebleken.

een cervix-catarrh. Een zekere diagnose kan hier alleen a posteriori, door 't onderzoek van 't uitgekrabde slijmvlies worden gesteld. Toch zal men er steeds naar moeten streven zich a priori een juiste voorstelling van den toestand te vormen, en wellicht kunnen onze tabellen hiervoor eenige aanwijzingen geven. Werpen wij allereerst een blik terug op onze ontstekingen bij vrouwen die gebaard hebben en splitsen wij deze categorie in primiparae en multiparae dan vinden wij onder 10 primiparae [1]) zes geïsoleerde corpus-catarrhen (N°. 14, 44, 59, 62, 78 en 92) twee geisoleerde cervix-catarrhen (12 en 58) en twee combinaties van cervix- en corpus-catarrh (10 en 11). De cervix-catarrhen verhouden zich dus tot de corpus-catarrhen als 4 : 8; de ongecompliceerde cervix-catarrhen tot de ongecompliceerde corpus-catarrhen als 2: 6; de geïsoleerde cervix-catarrhen tot de gecombineerde corpus- en cervix-catarrhen als 2 : 2. Daarentegen vinden wij bij de multiparae op 28 gevallen 13 geïsoleerde corpus-catarrhen (N°. 18, 19, 24, 25, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 63, 64, 100), vier geïsoleerde cervix-catarrhen (N°. 27, 46, 53, 97) en elf combinatiën van beide (N°. 15, 17, 20, 21, 22, 23, 45, 47, 49, 95, 96). De cervix-catarrhen verhouden zich dus tot de corpus-catarrhen als 15 : 24 ($^5/_8$), de ongecompliceerde cervix-catarrhen tot de ongecompliceerde corpus-catarrhen als 4 : 13; de geïsoleerde cervix-catarrhen tot de gecombineerde corpus- en cervix-catarrhen als 4 : 11.

Wij zien hieruit dat bij multiparae gecombineerde cervix-catarrhen veel frequenter zijn dan bij primiparae, wat zich gemakkelijk uit de herhaalde baring laat verklaren. Immers, daar bij multiparae de oorzaak meestal in partus of abortus ligt, is het ontstekinsproces primair in de corpus-mucosa genesteld en kan zich bij het afvloeien der lochiën gemakkelijk op de mucosa cervicis voortplanten; combinaties van corpus- en cervix-catarrh komen nergens zoo frequent voor als bij multiparae.

Onder de nulliparae vinden wij 17 ontstekingen en wel 12 geïsoleerde corpus-catarrhen (N°. 3, 6, 8, 9, 41, 71, 72, 76, 77, 89, 90, 91), twee geïsoleerde cervix-catarrhen (N°. 1, 5) en drie combinaties (N°. 2, 4, 7). De verhoudingen worden dus: cervix-catarrhen tot corpus-catarrhen 5 : 15 ($^1/_3$); geïsoleerde cervix-catarrhen tot geïsoleerde corpus-catarrhen = 2 : 12 ($^1/_6$). Geïsoleerde cervix-catarrhen tot gecombineerde cervix- en corpus-catarrhen = 2 : 3.

Bij de nulliparae vinden wij dus het aantal cervix-catarrhen in verhouding veel minder frequent dan bij de multiparae, hetgeen

---

[1]) Onder deze 10 zijn medegeteld de nummers 59 en 62 waar een abortus (geen partus) was voorafgegaan.

gemakkelijk verklaarbaar is uit het feit, dat eensdeels bij multiparae het gapend ost. ext. gemakkelijk aan infectie-kiemen van buiten toegang verleent, anderdeels de ontsteking van het corpus-slijmvlies zich bij multiparae door het ruime ost. int. lichtelijk op den cervix voortplant.

Ook bij nulliparae vinden wij den gecombineerden cervix-catarrh frequenter dan den geïsoleerden, doch belangrijk minder frequent dan den geïsoleerden corpus-catarrh. Bij de beoordeeling dezer feiten houde men in 't oog, dat bij de aetiologie der catarrhale endometritis van niet-virginale nulliparae aan gonorrhoische infectie een groote rol toekomt. Deze nu blijft eensdeels zelden tot het cervicaal kanaal beperkt; anderdeels geeft zij minder vaak dan de puerperale infectie tot het ontstaan van een typischen, klinisch waarneembaren cervicaal-catarrh aanleiding.

Het zeldzaamst is naar onze ervaring, de geïsoleerde cervix-catarrh bij virgines. Onze tabellen geven daarvan slechts één voorbeeld, N°. 33. Daar het aantal corpus-catarrhen bij virgines acht bedraagt, geeft dit eene verhouding van $^1/_8$. Gecombineerde corpus- en cervix-catarrhen kwamen onder onze virgines niet voor.

Gewapend met de ervaringen, in de vorige bladzijden nedergelegd, stellen wij, bij het waarnemen van een typischen cervicaal-catarrh allereerst de vraag, of patiente multipara is. In dat geval (inzonderheid als veelmalen partus of abortus is voorafgegaan) is de kans op een geïsoleerden cervix-catarrh gering, en mede lijden van het corpus-slijmvlies waarschijnlijk. Bij nulliparae vorsche men, zoo mogelijk, naar de aetiologie; kan gonorrhoe in 't spel zijn, dan houde men een geïsoleerden cervix-catarrh voor onwaarschijnlijk [1]). Bij virgines is het klinische beeld van den cervicaal-catarrh zeldzaam; waar het voorkomt, denke men aan de mogelijkheid van uitwendige infectie-oorzaken (tegenover de inwendige die de aetiologie der corpus-catarrhen bij virgines beheerschen). De catarrh kan dan zeer wel beperkt zijn tot het halskanaal, waarbij de mogelijkheid bestaat, dat het corpus-slijmvlies andere, inzonderheid hyperplastische veranderingen vertoont.

Het eenige geval van cervix-catarrh dat bij onze virgines voorkomt, geeft in het corpus-slijmvlies een belangrijke hyperplasie te aanschouwen (N°. 33).

---

[1]) Ofschoon niet geheel zonder voorbeeld; één onzer geïsoleerde cervicaal-catarrhen bij nulliparae (No. 5) moet waarschijnlijk tot gonorrhoe worden teruggebracht. Opmerking verdient dat, mikroskopisch onderzocht, de ontstekingsverschijnselen weinig typisch waren.

Bij de bespreking der chronische catarrhale endometritis corporis zijn wij zeer uitvoerig geweest, omdat aan dezen ziektevorm tot dusverre niet de plaats werd toegekend die hem van rechtswege toekomt. Des te beknopter kunnen wij zijn bij de behandeling der hyperplasia mucosae uteri, waarvan het mikroskopisch beeld reeds vroeger werd geteekend. Wij hebben nu nog slechts in onze tabellen na te gaan waar zich deze pathologische afwijking vertoont, en tot welke verschijnselen zij aanleiding geeft; in hoeverre dus de gangbare voorstelling juist is, die uit meno- of metrorrhagiën tot hyperplasia mucosae uteri besluit.

Onder onze 100 slijmvliezen zijn er 45, die beantwoorden aan het vroeger beschreven beeld van de hyperplasie der uterus-mucosa. Wij vinden ze op de volgende wijze in de verschillende tabellen verdeeld:

Achttien in Tabel I (Hoofd-symptoom Fluor), nl. de nummers 1, 2*, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11*, 12*, 15*, 17, 18, 19, 21*, 25, 26, 27.

Zestien in Tabel II (Hoofd-symptoom Bloedingen) nl. 29, 32*, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43*, 46, 47, 49, 51*, 57*, 64*.

Zes in Tabel III (Dysmenorrhoe) nl. 66*, 70, 71, 72, 73*, 78*.

Vijf in Tabel IV (Indirecte symptomen) 79*, 81*, 86*, 93*, 97.

Wij zullen deze 45 hyperplasiën het gemakkelijkst overzien, wanneer wij, evenals bij de catarrhen, eene splitsing maken in Hyperplasiën bij virgines, bij nulliparae en bij multiparae.

Hyperplasia bij virgines.

Het totaalcijfer onzer bij virgines uitgekrabde slijmvliezen bedraagt 25. Tien van deze vertoonen hyperplastische veranderingen, nl. de nummers 29, 32, 33, 35, 37 uit Tabel II; de nummers 66 en 70 uit Tabel III, en de nummers 79, 81 en 86 uit Tabel IV.

In de vijf eerstgenoemde nummers, gaf, zooals uit hunne plaatsing in Tabel II blijkt, de hyperplasie tot belangrijke bloedingen aanleiding, deels in den vorm van metrorrhagiën (N°. 29), maar grootendeels als versterkte menstruatie (N°. 32, 33, 35 en 37). Profuse menstruatie, ofschoon niet de hoofdklacht uitmakend, staat ook genoteerd bij de nummers 70 en 79. In N°. 81 was de menstruatie normaal, in N°. 66 spaarzaam, terwijl bij N°. 86 geene bizonderheden de menstruatie betreffende, staan vermeld.

Onder 10 hyperplasiën bij virgines wordt profuse menstruatie dus slechts driemaal gemist. In twee gevallen, (66 en 70) bestond de hoofdklacht in heftige dysmenorrhoe; in drie gevallen gaf de slijmvliesverdikking tot indirecte verschijnselen aanleiding, bestaande bij N°. 79 in psychische gedruktheid, bij N°. 81 in vermoeidheid en hevige rugpijn, bij N°. 86 in maagstoornissen en hoofdpijn.

In drie gevallen wees het mikroskopisch onderzoek behalve de hyperplasie eene catarrhale ontsteking aan, en wel in 70 en 86 in zeer belangrijken, in 66 in lichten graad; welk aandeel in de klinische verschijnselen aan den catarrh, welk aandeel aan de hyperplasie moet worden toegekend, is natuurlijk niet uittemaken.

De tabel der bloedingen telt 9 virgines, waaronder zooals wij zagen, 5 hyperplasiën. Er blijven dus 4 niet-hyperplastische virginale slijmvliezen over, die nogtans tot bloedingen aanleiding gaven.

Dit behoeft geen verwondering te baren, wanneer wij ons herinneren, dat niet de hyperplasia qua talis tot bloedingen aanleiding geeft, maar veelmeer de vroeger beschrevene vaatveranderingen, die zoowel bij atrophische als bij hyperplastische slijmvliezen worden aangetroffen. Van de 4 niet-hyperplastische slijmvliezen waren 3 bepaald atropisch, en vertoonden de bewuste vaatveranderingen (N°. 31, 34, 36); één was, na een vorige curettage, nog niet volkomen geregenereerd en daardoor moeilijk te beoordeelen (30).

Onder de dysmenorrhoeën bij virgines staat éénmaal versterkte menstruatie zonder slijmvliesverdikking vermeld (N°. 68). Ook hier was het slijmvlies atrophisch en vertoonde de meergemelde vaatveranderingen.

Profuse bloedingen bij virgines wijzen dus in den regel op slijmvlies-hyperplasie, maar kunnen ook uit een atrophisch slijmvlies voortkomen. In het eerste geval blijft gewoonlijk de menstruatietypus bewaard, ofschoon bloedvlekken tusschentijds tot de gewone verschijnselen behooren. Permanente bloedingen bij virgines wijzen in den regel op een atrophisch slijmvlies. De afwezigheid van bloedingen bij virgines met verschijnselen, die op lijden van het baarmoeder-slijmvlies wijzen, geeft niet het recht eene hyperplasie der uterus-mucosa uit te sluiten.

De hyperplastische en atrophische slijmvliesveranderingen met hun bonte reeks van klinische symptomen, vormen te zamen de „Fausse métrite des vierges" van Doléris. De onderscheiding tusschen deze „fausse métrite" en de catarrhale endometritis kan klinisch zeer moeilijk zijn. De aetiologie schuilt in bijna alle gevallen in 't duister. Onze tabellen geven desbetreffende slechts de volgende spaarzame aanwijzingen. In N°. 32 bestond in den fundus uteri een klein interstitieel myoom; bij N°. 35 en 66 was stenose van het ost. int. aanwezig, in N°. 79 lag de uterus in retroversie; in N°. 81 in lateroversio dextra; terwijl de patiente, onder N°. 86 geboekt, hare klachten van roodvonk vóór zes jaren dateerde. Laatstgenoemde werd reeds bij de catarrhale ontsteking uitvoerig besproken.

Wenden wij ons nu tot de hyperplasieën bij nulliparae. Op een totaalcijfer van 27 nulliparae worden 15 verdikte slijmvliezen aangetroffen, waarvan zeven in Tabel I (N°. 1, 2*, 4, 5, 7, 8, 9) vijf in Tabel II (N°. 38, 39, 40, 42 en 43*) en drie in Tabel III (N°. 71, 72, 73*) Van deze slijmvliezen zijn er 7 tevens ontstoken, nl. 2, 4, 7, 8, 9, 71 en 72. Onder de 15 hyperplasieën bij nulliparae zijn er 8 waarbij bloedingen staan genoteerd, nl. de nummers 7, 8, 42, 43, 72 (menorrhagiën) en 38, 39, 40 (metrorrhagiën) In de overige 7 gevallen was van menorrhagiën noch van metrorrhagiën sprake; in N°. 9 en 73 staat zelfs een spaarzame menstruatie uitdrukkelijk vermeld. Aetiologische momenten ontbreken bijna overal. In N°. 8 bestond een retroversio uteri; in N°. 39 en 72 was de uterus gefixeerd; in 38 en 39 waren tevens polypen aanwezig. De gonorrhoe, die in vele gevallen uit Tabel I bij de hypertrophische slijmvliezen van nulliparae staat vermeld, heeft voor de tevens bestaande catarrhale ontsteking ongetwijfeld beteekenis; of zij als aetiologisch moment voor de slijmvliesverdikking gelden mag, is minstens genomen twijfelachtig. De hyperplasie bereikt bij slechts drie onzer nulliparae een belangrijken graad, nl. bij N°. 2, 43 en 73.

Het totaalcijfer der slijmvlies-hyperplasieën bij de primi- en multiparae uit onze 4 tabellen bedraagt 20 en wel:

elf in Tabel I, nl. N°. 10, 11*, 12*, 15*, 17, 18, 19, 21*, 25, 26, 27.

zes in Tabel II, nl.: N°. 46, 47, 49, 51*, 57* en 64*.

één in Tabel III, nl. N°. 78 en

twee in Tabel IV, nl. N°. 93* en 97.

Slechts in 4 van deze 20 gevallen N°. 12, 18, 19 en 97 was de menstruatie normaal, de 16 overige kenmerkten zich alle door belangrijke bloedingen, ten deele metrorrhagiën (N°. 10, 21, 25, 26, 46, 47, 51, 57, 64) ten deele aanzienlijk versterkte menstruatie (N°. 11, 15, 17, 27, 49, 78, 93).

Bij multiparae gaat de hyperplasia mucosae uteri dus in $^{4}/_{5}$ der gevallen met bloedingen gepaard. Hieruit volgt niet, dat men uit het bestaan van bloedingen bij multiparae tot slijmvlies-hyperplasie mag besluiten. Immers de tabel der bloedingen telt 19 multiparae en onder deze slechts 6 hyperplasieën. Inzonderheid waar de bloedingen zich onmiddellijk bij een abortus aansloten, ziet men dikwijls de hyperplasie ontbreken.

Het na abortus uitgekrabde slijmvlies vertoont in den regel een zeer gemengd mikroskopisch beeld. Catarrhale ontsteking is, zooals wij vroeger zagen, zeer frequent en in meer dan de helft der gevallen aanwezig; zij kan al of niet met retentie van decidua-weefsel

samenhangen. Voorts komen onregelmatige klierwoekeringen en atrophische, bijna klierlooze plekken dikwijls naast elkander voor. In andere gevallen overweegt een celrijk stroma, afgewisseld door circumscripte bloedingen en spaarzame, nauwe klieren. Dat zooals o. a. door Küstner wordt beweerd, de abortus een der meest op den voorgrond tredende aetiologische momenten zou wezen voor de hyperplasia mucosae uteri, komt dus met onze ervaringen geenszins overeen; als regel vonden wij de dikte van het uitgekrabde slijmvlies eer beneden dan boven den norm.

Onder de niet verdikte slijmvliezen van multiparae die tot bloedingen aanleiding gaven, vonden wij de volgende nummers in meerdere of mindere mate atrophisch N°. 44, 48, 52, 53, 55, 58, 59, 61 en 62. De combinatie van hyperplasie en atrophie is typisch in N°. 10, 12, 25, 26, 28, 46, 47, 49, 78, 97.

Uit de bovenvermelde feiten blijkt, dat de diagnose „slijmvlies-hyperplasie" slechts met groote reserve uit het klinische ziektebeeld mag worden gesteld.

Immers, eensdeels kunnen bloedingen bij het hyperplastische slijmvlies ontbreken, anderdeels komen zij bij atropische slijmvliezen dikwijls voor. De overige bij hyperplasieën voorkomende symptomen, als psychische gedruktheid, vermoeidheid, rugpijn, dysmenorrhoe, zijn nog minder karakteristiek en worden evenzeer bij atrophische of catarrhaal ontstoken slijmvliezen aangetroffen. Toch zullen wij er in slagen, mits niet vasthoudend aan één enkel symptoom, maar het geheele klinische beeld in 't oog vattend en verbindend met de anamnese en, zoo mogelijk, de aetiologie, ons in vele gevallen vooraf een denkbeeld te vormen van hetgeen het mikroskopisch onderzoek na curettage zal openbaren. Het is daarbij in de eerste plaats van gewicht, de ontstekingachtige veranderingen (catarrhale endometritis) te kunnen onderscheiden van de niet-ontstekingachtigen (hyperplasieën en atrophieën) die wij in aansluiting aan Doléris, zij het ook geleid door andere kenmerken, als pseudo-endometritiden (fausses métrites) willen samenvatten. De gegevens voor het maken dezer onderscheiding worden in de vorige bladzijde gevonden; wij zullen trachten ze aan 't einde van dit opstel kortelijk samen te vatten, maar wenschen vooraf eenige woorden te wijden aan de therapie.

Moet de therapie een lokaal of een algemeen karakter dragen? De ervaring heeft hieromtrent beslist; immers, juist aan het onvermogen der algemeene therapie om de bezwaren der patienten op te heffen, heeft de locale hare ontwikkeling te danken. Eerst sinds wij het verstaan, bij de aandoeningen van het uterus-slijmvlies

plaatselijk in te grijpen, gelukt het ons, gezondheid en levensmoed te hergeven aan zoovele vrouwen, die vroeger in doffe moedeloosheid tegenover het schouderophalen van den in 't duister tastenden medicus haar onbestemde klachten leerden smoren. Toch blijft, naast de locale, de algemeene therapie in hare volle beteekenis gehandhaafd door ieder gynaecoloog, die genoeg mensch is, om *de vrouw* niet met het *vrouwelijk geslachtsapparaat* te identificeeren. Zulk een gynaecoloog is Doléris, wiens meergemelde studie ook in dit opzicht ten volle de kennismaking loont. Toch kunnen wij zijne indicaties voor de therapie niet in alle opzichten onderschrijven.

Zooals reeds vroeger werd gemeld, splitst Doléris zijne gevallen in echte ontstekingen (métrites), afhankelijk van infectie en kenbaar aan de aanwezigheid van phlogogene bacteriën, en niet-ontstekingachtige (fausses métrites) door hem als voedingsstoornissen opgevat, en beantwoordend aan de toestanden, die als sub-involutie, chronische hypertrophie, hyperplasie, congestie en dergelijke in de handboeken staan vermeld. Voor den eersten vorm nu eischt Doléris eene energische locale therapie tot vernietiging van den infectie-haard; voor den tweeden eene algemeene behandeling, bestaande in hydrotherapie, electriciteit, verbetering der hygienische conditiën, interne medicamenteuse behandeling enz. Het is onze innige overtuiging, dat deze algemeene therapie in zeer vele gevallen het beoogde doel zal missen. Ook blijkt uit aandachtige lezing van Doléris arbeid, dat hij wel degelijk in hardnekkige gevallen van „fausses métrites" tot curettage zijn toevlucht neemt; eene inconsequentie die onvermijdelijk is, daar de echte hyperplasieën, die in de eerste plaats de curette vragen, in de categorie der „fausses métrites" tehuis behooren.

Evenmin kunnen wij ons vereenigen met het therapeutisch handelen van hen, die eene endometritis catarrhalis corporis uteri ontkennen, en, meenend dat men steeds te doen heeft òf met een cervicaal-catarrh, òf met eene hyperplasie der uterus-mucosa, curettage alleen toepassen bij sterke bloedingen, terwijl bij purulente afscheiding en erosies uitsluitend de cervix-mucosa verantwoordelijk gesteld en in behandeling genomen wordt (cauterisatie of excisie).

Wij achten, in verband met onze vroegere beschouwingen, locale behandeling der geheele uterus-mucosa de éénige rationeele therapie, en wel met dien verstande, dat deze behandeling in de meeste gevallen tijdelijke vernietiging der uterus-mucosa moet bewerken. Voor de hyperplasia mucosae uteri behoeft dit zeker geen nader betoog, te minder, daar ook bij andere, voor directe therapie toegankelijke slijmvliezen (o. a. in 't cavum pharyngo-nasale), plaatselijke hypertrophieën mechanisch of chemisch worden verwijderd. Voor

het ontstoken en het atrophisch slijmvlies heeft onze opvatting misschien aan nadere toelichting behoefte, daar het rationeele eener vernietiging van 't slijmvlies hier niet zoo onmiddellijk in 't oog springt. Twee feiten willen wij hierbij den lezer onder de aandacht brengen; ten eerste, dat onze locale therapie niets anders beoogt dan eene exageratie van het proces, dat normaliter bij elke menstruatie plaats grijpt, namelijk de afstooting van de bovenste lagen der uterus-mucosa; welke mucosa, onder alle slijmvliezen van het menschelijk lichaam, wat haar regeneratie-vermogen betreft, in de gunstigste omstandigheden verkeert; en ten tweede, dat meestal bij de ontsteking en steeds bij de atrophie het uterus-slijmvlies tot in zijne diepste lagen pathologisch is aangedaan. Daar nu bij de menstruatie het slijmvlies slechts tot op zekere diepte wordt afgestooten, blijft steeds een pathologische bodem achter, waaruit een pathologisch slijmvlies zich regenereert. Gelukt het nu aan onze therapie àl het zieke te verwijderen, dan is hiermede de eerste voorwaarde tot een restitutio ad integrum geschapen. Doch alléén de eerste voorwaarde, die niet zelden onmachtig zal blijken, als zij niet door eene rationeele nabehandeling wordt gesteund. Hier nu treedt, naast eene voortgezette minder ingrijpende plaatselijke behandeling, de algemeene therapie in haar volle recht.

De behandeling van het zieke uterus-slijmvlies wordt door ons poliklinisch (cauterisatie) of klinisch (curettage, irrigatie van het cavum uteri, slijmvlies-excisie) verricht. In den regel voeren beide methoden tot het doel. De keuze wordt vooral beheerscht door de vraag, of patiente gemakkelijk 2 à 3 maal 's weeks de polikliniek kan bezoeken; afgezien van de gevallen waar heftige bloeding onmiddellijk ingrijpen eischt, of waar stenose, vaginismus of eene zeer enge introitus vaginae, eene poliklinische behandeling ondoenlijk maakt. Ons poliklinisch materiaal omvat een 2000 tal, ons klinisch materiaal een 150 tal gevallen. Twee derden van het laatstgenoemd getal leverden de slijmvliezen, wier pathologische anatomie in de tabellen staat vermeld.

Da ambulatorische behandeling bestaat steeds in de applicatie van chloorzink, ichthyol of tinct. jod. op het endometrium; en wel in vloeibaren vorm, door middel van de met watten omwoelde Playfair'sche sonde, of in vasten vorm door middel van uterus-anthrophoren.

De keuze van het middel wordt door den aard der afscheiding bepaald. Bij sterken purulenten fluor en bij belangrijke bloedingen (meno- of metrorrhagieën) wordt steeds chloorzink in oplossing gebruikt.

Over de applicatie van chloorzink op het endometrium bestaat eene groote literatuur. Vooral van Fransche zijde is op de gevaren gewezen, die de cauterisatie met chloorzink aankleven; gevaren die inzonderheid dreigen als het medicament in den vorm van solide staafjes of als intra-uterine injectie wordt geappliceerd. Belangrijke stenosen, ja zelfs totale occlusie van het cervicaal-kanaal zijn als gevolg van deze therapie waargenomen. Bij onze minder heroieke toepassing van het middel hebben wij over geene onaangename gevolgen te klagen. Heftige bloeding door arrosie van bloedvaten, zooals Duvelius (49) in een paar gevallen beschrijft, zagen wij slechts éénmaal bij eene patiente die, na een voor 3 maanden opgetreden abortus, wegens belangrijke metrorrhagiëen onder behandeling kwam. De uterus was niet vergroot, zoodat aanvankelijk niet aan retentie van placentair-weefsel werd gedacht. Bij 't invoeren van de Playfair'sche sonde trad zoo heftige bloeding op, dat pat. onmiddellijk in de kliniek moest worden opgenomen. Tamponnade van de uterus-holte stilde aanvankelijk de haemorrhagie. Bij de curettage, die den volgenden dag werd verricht, kwam een tamelijk groot stuk placenta voor den dag. Deze catastrophe staat onder onze 2000 poliklinische gevallen als een unicum daar. Voorts zagen wij in eenige gevallen nà de behandeling hevige uteruskolieken optreden, die enkele uren aanhielden, maar geene verdere nadeelen brachten.

Het optreden dezer uterus-kolieken, die in mindere mate tijdens bijna iedere chloorzink-cauterisatie zijn waar te nemen, kan ten bewijze strekken, dat het medicament wel degelijk op de mucosa corporis inwerkt, wat door Falck (38) en Stratz wordt betwijfeld, op grond dat de met chloorzink gedrenkte watten zich in het cervicaal-kanaal met slijm zouden omhullen en aldus voor de mucosa corporis hun werkzaamheid verliezen.

Wanneer men vooraf het cavum uteri et cervicis met droge watten uitwischt en daarna de ingevoerde Playfair'sche sonde één minuut lang laat liggen, behoeft men de inwerking van het medicament op de mucosa corporis niet te betwijfelen. Na de 4de of 5de keer begint necrotisch slijmvlies af te stooten; de erosies verdwijnen snel, en over een tijdsverloop van 2 à 3 menstruaties is de ontsteking genezen.

Ten einde onze anatomische waarneming, betreffende de zeldzaamheid der ongecompliceerde cervix-catarrhen, te toetsen aan het klinisch experiment, hebben wij in een 12tal gevallen van typischen cervicaal-catarrh onze therapie uitsluitend tot de mucosa cervicis bepaald. In 4 gevallen was het effect na 6 cauterisaties nul; en verdwenen de erosies en de purulente afscheiding eerst, nadat ook

het endometrium corporis een gelijk aantal malen was behandeld. In 6 gevallen verdwenen na 8 zittingen de erosies maar bleef de afscheiding even sterk; bij 2 andere patienten was er na 10 zittingen een schijnbaar volkomen genezing; drie weken later kwamen zij evenwel terug met klachten over vermeerderde leucorrhoe, en zijn nu nog onder behandeling.

De Playfair'sche sonde kan gemakkelijk met behulp van het cylindervormig speculum worden ingevoerd; de portio behoeft in den regel niet te worden gefixeerd; alleen bij belangrijke stenosen of flexies blijkt dit soms noodzakelijk. Aanvangers zullen dikwijls moeite hebben om het ost. int. te passeeren; men moet zich daarom vooraf goed rekenschap geven van de ligging der baarmoeder, en zoowel de kromming van de sonde als de richting en zoo mogelijk de wijdte van het speculum daarnaar regelen.

De uterin-anthrophoren van Falck bieden het voordeel aan, dat het agens met het geheele uterus-slijmvlies in contact kan worden gebracht; een bezwaar is evenwel, dat zij 8 à 10 minuten moeten blijven liggen, hetgeen bij een groot poliklinisch materiaal te tijdroovend is.

Na cauterisatie met chloorzink wordt steeds een jodoformgaastampon, met glycerine gedrenkt, tegen het ost. ext gebracht, om te beletten, dat het uit den uterus terugvloeiende causticum de vagina erodeert.

Bij lichte catarrhale vormen en minder belangrijke bloedingen wordt meestal gebruik gemaakt van tinct. jodii en glycerine āā, soms van tinct. jod. pur, en soms van ichthyol.

Bij onze klinische behandeling staat curettage op den voorgrond. De hoofdindicatie tot deze therapie wordt door hardnekkige en profuse bloedingen gegeven. De ervaring leert evenwel, dat curettage alléén tot volkomen genezing niet voldoende is; blijkbaar is zij onmachtig, al het zieke weefsel te verwijderen, indien zij niet door eene krachtige nabehandeling wordt gesteund. Daarom wordt 5 à 6 dagen nà de operatie met chloorzink 50°/₀ gecauteriseerd, welke behandeling, met tusschenruimten van 3 etmalen, 5 of 6 maal wordt herhaald.

Ook bij hardnekkige purulente catarrhen is de curettage aangewezen; de resultaten laten echter ondanks de zorgvuldigste nabehandeling in deze gevallen somtijds te wenschen over.

Aan de excochleatie gaat steeds dilatatie van het cervicaal-kanaal vooraf; daags voor de operatie wordt een laminaria-stift ingevoerd, en als deze, onmiddellijk voor de curettage, is verwijderd, wordt met Hegar'sche bougies verder gedilateerd. Betreft het een geval

van onvolkomen abortus dan wordt de dilatatie zoolang voortgezet, tot de vinger het ost. int. kan passeeren en het cavum uteri betasten.

Infectie hebben wij, na 't gebruik van laminaria-stiften, nooit waargenomen. De staafjes worden eenige uren in eene verzadigde jodoform-aetheroplossing gelegd; den aether laat men verdampen, en de met jodoform geïmpregneerde staafjes worden in een goed gesloten stopflesch bewaard. Vóór 't inbrengen doopt men ze in een warme sublimaat-oplossing, om ze de noodige buigzaamheid te geven. De vagina die reeds een paar dagen te voren driemaal daags met sublimaat-oplossing is uitgespoeld, wordt nogmaals met in sublimaat gedrenkte watteproppen uitgewreven, de portio vag. in 't Sim'sche speculum zichtbaar gemaakt, aangehaakt, en, na het invoeren van de laminaria-stift met een dikke laag jodoform-poeder bedekt Een tegen de portio gebrachte jodoformgaas-tampon verhindert het uitglijden van de stift, die 24 uur in situ wordt gelaten, waarbij pat. onbewegelijk op den rug moet liggen. De zwelling der laminaria-stift veroorzaakt in den regel min of meer heftige krampen; bij een paar zeer gevoelige patienten gingen deze met geringe temperatuurstijging gepaard.

Na het wegnemen der laminaria-stift wordt de uterus-holte met 3°/$_0$ carbol geïrrigeerd en het cervicaal-kanaal zoo noodig, verder gedilateerd. De abrasio mucosae geschiedt, althans in den laatsten tijd, met de curette van Olshausen, die ons bij ervaring de meest geschikte bleek. In den regel wordt de kleine operatie in chloroform-narcose verricht; bij weinig gevoelige patienten kan men deze ontberen, mits het pijnlijkste gedeelte der operatie, de dilatatie van het cervicaal-kanaal, door de laminaria-stift voldoende is voorbereid. Gedurende de curettage wordt het cavum uteri wederom 2 of 3 maal uitgespoeld, en na afloop met chloorzink of tinct. Jod. gecauteriseerd, of wel met jodoformgaas opgevuld. Het gebruik van chloorzink verkiezen wij bij den hyperplastischen vorm der pseudo-endometritis en bij belangrijke catarrhen met profuse purulente afscheiding.

Waar stenose aanwezig was, wordt de voorkeur gegeven aan tinct. Jod.; bij belangrijke vernauwing van het cervicaal-kanaal, alsook bij sterke bloeding na de curettage, zijn wij gewoon het cavum uteri met jodoformgaas op te vullen. Bij hardnekkige catarrhen van ouden datum hebben wij, na de curettage, drainage van het cavum uteri toegepast door middel van een gevensterde elastieken buis, die van het ost. ext. tot den fundus uteri reikte. De buis werd aanvankelijk om den anderen dag, later om de twee dagen, verwijderd, gereinigd en na irrigatie van de uterus-holte met 3°/$_0$ carbol-oplossing weer ingevoerd.

Deze therapie leidde tot volkomen genezing in gevallen, die vruchteloos op allerlei andere wijzen waren behandeld. Gaan wij de resultaten onzer klinische therapie na, dan blijkt allereerst, dat in geen enkel geval nadeelige gevolgen zijn opgetreden. De temperatuur bleef steeds normaal [1]); parametritis of salpingitis kwamen nooit voor. De algemeene toestand bleef, behoudens stoornissen door de narcose veroorzaakt, bevredigend. Wij kunnen derhalve de curettage als volkomen ongevaarlijk beschouwen, mits zij met de vereischte voorzichtigheid en onder de meest nauwkeurige anti- en aseptische voorzorgen worde verricht. De eerste menstruatie nà de curettage kan onaangename verrassingen brengen. Gewoonlijk neemt zij een atypisch verloop, komt somtijds te vroeg, niet zelden te laat; kan bij exceptie ook een geheele maand verspringen. Somtijds is zij belangrijk verminderd, meestal aanzienlijk versterkt. In enkele gevallen kan de bloeding zóó profuus zijn en met zóó verontrustende verschijnselen gaan gepaard, dat onmiddellijk ingrijpen (ergotine-injecties; tamponnade der uterus-holte) noodig wordt. In den regel komen deze ongewenschte complicaties voor in gevallen waar nà onvolkomen abortus is gecuretteerd; doch ook zonder voorafgegane zwangerschap kunnen heftige metrorrhagiën optreden, wellicht veroorzaakt door de aanwezigheid van gedeeltelijk losgekrabde stukken slijmvlies, die in 't cavum uteri hangen.

Om de definitieve resultaten te beoordeelen, is 't noodig een blik op de tabellen te werpen. Het zou ons te ver voeren om daarbij elk ziektegeval afzonderlijk te bespreken; van een praktisch klinisch standpunt beschouwd is het evenwel van belang na te gaan, welken invloed onze behandeling heeft uitgeoefend op de plaatselijke, *directe* symptomen, en hoe die invloed zich heeft doen gelden op de *indirecte* verschijnselen.

Onder de eerstgenoemde komen allereerst de bloedingen in aanmerking die in 36 gevallen de indicatie tot curettage gaven (Tabel II). Alle patienten bleven in de kliniek tot de menstruatie minstens éénmaal had plaats gevonden, en kwamen zich een paar maanden later nog eens vertoonen. Velen bleven tot nu toe onder observatie. De jongste der in de tabellen opgenomen gevallen dateeren reeds van Mei 1893.

In twintig gevallen was het resultaat volkomen bevredigend; de perioden bleven normaal, zoowel wat de in- als wat de extensiteit betreft. Negen patienten verlieten hersteld de kliniek doch zonden

---

[1]) Met éène exceptie, nl. No. 69 uit de tabel der Dysmenorrhoe, waar nà de curettage, gevolgd door tamponnade van de uterus-holte, lichte temperatuursverheffing optrad.

later geen bericht. Blijvend herstel is hier waarschijnlijk, doch niet zeker. Zeven maal had de therapie niet het gewenschte effect. Vijf van deze gevallen N°. 29, 37, 40, 49, 58, kwamen later opnieuw onder behandeling deels klinisch, deels ambulatorisch, en vier harer zijn thans geheel hersteld. Van de drie niet herstelden lijden twee (Tabel II, N°. 32 en 49), aan een kastanje- groot fibromyoma uteri; curettage, cauterisatie, electrolyse, ergotine-injecties bleken allen vruchteloos. Pat. weigeren beslist zich aan eene meer ingrijpende operatie te onderwerpen. De andere (Tabel II, N°. 36) vond tijdelijk baat bij het gebruik van hydrastinin, doch kreeg weldra de vroegere bezwaren terug. Vermoedelijk was in dat geval de therapie niet energisch genoeg geweest om het zieke weefsel, dat vast en atrophisch was, geheel te vernietigen. Over 't geheel kwamen de meeste recidieven bij atrophische slijmvliezen voor, terwijl bij de meer weeke hyperplasieën het effect van de therapie in het gunstigste daglicht werd gesteld; het laatste geldt ook van de curettage nà abortus, waar het weeke slijmvlies, het moge hyperplastisch of atropisch zijn, gemakkelijk door de curette wordt afgeschaafd. Onder de recidiveerende gevallen moet eene patiente worden vermeld waar de curettage tot driemaal toe moest worden herhaald om het gewenschte doel te bereiken (N°. 29, 30, 31).

Van de 28 patienten, bij wie fluor albus als hoofdsymptoom op den voorgrond trad, kunnen 16 als volkomen hersteld worden beschouwd, zooals door later onderzoek of door bericht per brief kon worden vastgesteld (N°. 3, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28). Vijf patienten lieten niets meer van zich hooren, nadat zij aanvankelijk hersteld, uit de kliniek waren ontslagen. (N°. 1, 4, 10, 16 en 24.)

In twee gevallen verdwenen de plaatselijke symptomen, doch werden de patienten van hare overige klachten, als rug- en lendenpijnen, nerveuse stoornissen enz. niet bevrijd (N°. 11 en 26).

Bij ééne ontwikkelde zich zelfs na de operatie een ernstige vorm van melancholie, die eerst na een verblijf van twee maanden in een herstellingsoord volkomen verdween (N°. 19). In 3 gevallen trad spoedig recidief, ook van de plaatselijke verschijnselen op (N°. 2, 5, 17); twee van deze, N°. 2 en 17 herstelden eindelijk, na herhaalde cauterisatie met chloorzink. Twee anderen, bij wie zich chronische salpingítis, vermoedelijk na gonorrhoïsche infectie, ontwikkelde, blijven ondanks de meeste energische behandeling van het endometrium, nog steeds over profuse purulente afscheiding klagen (N°. 6 en 23).

Onder de geïnvetereerde catarrhen die volkomen herstelden, moet op N°. 20 bijzonder de aandacht worden gevestigd. Bij deze

patiente bestond een zeer profuse etterige fluor; in de laatste maanden was daarbij onwillekeurige urineloozing opgetreden. Daarenboven klaagde patiente over allerheftigste rug- en lendenpijnen en over ondragelijke pijn in de billen. Het lijden was van ouden datum en had patiente in zoo treurigen toestand gebracht, dat zij 9 maanden te bed had gelegen, en in een draagstoel de kliniek werd binnengebracht. De therapie bestond hier, na curettage, in drainage van het cavum uteri door middel van een elastieken buis, die om den anderen dag werd weggenomen en, na irrigatie van het cavum uteri, weer ingevoerd. Deze bewerking werd 12 maal herhaald. Aanvankelijk was de etterafscheiding zeer belangrijk maar nam geleidelijk af. Na definitieve verwijdering der draineerbuis werd het cavum uteri 7 maal met chloorzink en 9 maal met tinct. Jod. behandeld, en eindelijk, wegens een tevens bestaande chronische parametritis, de vagina met jodoformgaas in ichthyol-glycerine gedrenkt, getamponneerd.

Patiente kon, na 4 maanden, volkomen hersteld de kliniek verlaten. Opmerking verdient, dat dit geval, van bevoegde gynaecologische zijde, voor een cervicaal-catarrh was verklaard. Het mikroskopisch onderzoek der uitgekrabde mucosa, openbaarde een zoo typische endometritis corporis, dat wij dien onder onze meest karakteristieke afbeeldingen (fig. 6) hebben opgenomen.

Zoowel bij de curettage wegens bloedingen als bij die wegens fluor albus bestond de nabehandeling in den regel in cauterisatie met chloorzink in 5°/₀ oplossing, die gemiddeld 6 keer herhaald werd, met tusschenpoozen van 3 dagen.

In 3 gevallen, waarbij abortus voorafgegaan was, moest wegens heftige bloedingen getamponneerd worden. In den laatsten tijd zijn van verschillende kanten min of meer ingenieuse instrumenten aangegeven om deze tamponnade te verrichten. Volgens onze ervaring is een lange, eenigszins gekromde, dunne koorntang volkomen toereikend. Het eene einde van eene 2 c.m. breede en 1 M. lange strook Jodoformgaas wordt, door middel van bovengenoemd instrument tot in den fundus uteri opgeschoven; met eenige oefening gelukt het steeds, de koorntang terug te trekken, zonder het gaas weer mede te nemen. Het verder inschuiven van de strook is dan 't werk van een oogenblik. Bij hardnekkige stenosen van het cervicaal-kanaal werd deze tamponnade, na voorafgegane ruime dilatatie met laminaria en bougies, ongeveer 6 à 8 maal herhaald. Zelfs dàn nog, bleek het eind-effect niet zelden onvoldoende.

Er zijn 14 patienten wegens dysmenorrhoe in de kliniek opgenomen geweest (allen nulliparae op één na), waarvan 7 met

belangrijke stenose op de bovenbeschreven wijze werden behandeld.

Twee (N°. 66 en 71) zijn volkomen hersteld, en menstrueeren, de ééne sinds Maart 1890, de andere sinds Mei 1890 geregeld en zonder pijn. Eén (N°. 73) bleef 1¹/₂ jaar gezond, maar kreeg toen, ofschoon in minder mate, de vroegere bezwaren terug. Zij werd daarop nogmaals gecuretteerd en menstrueert nu zonder bezwaren.

Bij drie patienten keerden langzamerhand de bezwaren terug maar bleven dragelijk, zoodat eene herhaling der operatie niet noodzakelijk bleek (N°. 65, 74 en 75). Bij ééne patiente (N°. 69) waar wegens belangrijke stenose de dilatatie zeer energisch was geschied, bleef de dysmonorrhoe in volle hevigheid bestaan, ofschoon de stenose blijvend was opgeheven. De bezwaren der patiente waren zóó ondragelijk, dat ten slotte tot castratie werd overgegaan, waarbij beide ovariën vergroot bleken te zijn. Gedurende de eerste dagen na de operatie leed patiente aan heftige pijnen, die zij nauwkeurig op de plaats der beide stompen lokaliseerde, en die geheel het karakter droegen der menstruaalpijn, welke zij ook rechts en links op twee scherp begrensde plaatsen placht te voelen. Deze opgave der patiente, in verband met de volkomen therapeutische onwerkzaamheid der dilatatie, en met de vergrooting der beide ovarien doet het vermoeden oprijzen, dat de dysmenorrhoe hier van ovarieelen oorsprong is geweest. Het later te verrichten mikroskopisch onderzoek der ovariën zal wellicht hieromtrent meerdere zekerheid kunnen verschaffen [1]). Pat. bevindt zich op dit oogenblik nog in de kliniek. De tijd der eerste menstruatie nà de castratie is voorbij, en kenmerkte zich door heftige hoofdpijn, zonder een spoor van de gewone krampen.

De resultaten bij de niet-mechanische dysmenorrhoe bleken in den regel gunstiger te zijn dan bij de mechanische. Na de curettage werd hier òf met tinct. Jod. òf met chloorzink gecauteriseerd. Alle patienten herstelden volkomen; een hunner die drie jaren steriel gehuwd was geweest, is 1¹/₂ jaar nà de operatie bevallen van een levend voldragen kind.

Wij hebben nu nog het therapeutische eind-effect na te gaan bij de patienten, wier hoofdklachten buiten de genitaalspheer waren gelocaliseerd, en die wij in de rubriek „Indirecte symptomen" hebben saamgebracht. Dat de bedoelde klachten met het genitaallijden in verband stonden, concludeerden wij deels uit beider gelijktijdige ontwikkeling, deels uit exacerbatiën van de indirecte

[1]) Bij 't corrigeeren der drukproeven kan hieromtrent het volgende worden bericht. Beide ovariën vertoonen mikroskopisch het beeld van een subacute ontsteking, met acute exacerbaties in de buurt der versche corpora lutea. Op 't oogenblik, een jaar na de operatie, bevindt pat. zich in den besten welstand.

klachten tijdens de menstruatie, of in verband met een gynaecologisch onderzoek of eene intra-uterine therapie. Dat wij recht hadden tot deze conclusie, blijkt uit het effect onzer therapie, dat in de rubriek der indirecte symptomen inderdaad zeer bevredigend mag heeten. Immers, van de 22 gevallen hadden wij in 15 een volkomen succes, 2 patienten niet medegerekend (N°. 81, 82) die hersteld werden ontslagen maar verder niets van zich lieten hooren. In de vijf overige gevallen (N°. 79, 80, 84, 98 en 99) bleek de behandeling van het endometrium op de verwijderde verschijnselen onmachtig, ofschoon de plaatselijke afwijkingen geheel werden opgeheven. Een van de vijf (N°. 84) ondervond belangrijke verbetering van den algemeenen toestand, nadat wegens heftige tenesmi ad urinam (zonder blaas-catarrh) dilitatie van de urethra was verricht.

Onder de 15 genezen gevallen zijn er verscheidene, waar de opheffing der indirecte verschijnselen door de intra-uterine therapie bizonder frappant was, en zoowel de patienten zelven als hare naaste betrekkingen in 't oog sprong. O. a. noemen wij N°. 96, waar heftige palpitaties de hoofdklacht uitmaakten, en N°. 87 en 89, waar onder invloed van het genitaallijden een diepe melancholieke gedruktheid bestond. N°. 85 scheen aanvankelijk onze pogingen teleur te stellen; ofschoon de endometritis volkomen was genezen, verliet de patiente de kliniek vrijwel in denzelfden toestand, waarin zij die was binnengekomen. Daar de berichten aanvankelijk ongunstig bleven, rekenden wij dit geval onder de niet herstelden, tot patiente ons anderhalf jaar later in Juli 1893 kwam verrassen met de tijding dat haar toestand belangrijk verbeterd was. Aangezien het lijden reeds lange jaren had bestaan, en sedert het vertrek der patiente uit de kliniek geen andere therapie was ingesteld, noch eenige verandering in hare levensomstandigheden had plaats gegrepen, die de gunstige ommekeer zou kunnen verklaren, meenen wij gerechtigd te zijn, de verbetering in den algemeenen toestand als eind-effect onzer therapie te beschouwen.

Zooals wij vroeger zagen, komen in de Tabel der Indirecte symptomen elf catarrhale endometritiden voor. Het is interessant op te merken, dat deze elf allen onder de 15 genezenen worden teruggevonden. Wij mogen hieruit besluiten dat de indirecte verschijnselen bij uterus-lijden in den regel van een catarrhale endometritis afhankelijk zijn [1]).

---

[1]) Na afsluiting van dit onderzoek, kwam een geval onder observatie, dat hier vermelding verdient. Het betrof eene patiente, bij wie zich gelijktijdig met het uterus-lijden, een typische morbus Basedowii had ontwikkeld, met palpitaties, frequenten pols, struma en exophthalmos. Al deze verschijnselen waren weinige dagen na de curettage belangrijk verminderd en bij 't vertrek der patiente nagenoeg volkomen verdwenen.

Uit den inhoud der vorige bladzijden kunnen wij de volgende conclusies trekken:

De ziekten van het baarmoederslijmvlies, die door de meeste gynaecologen, als ontsteking worden saamgevat, behooren gesplitst te worden in *endometritis* en *pseudo-endometritis*. De echte endometritis is histologisch gekarakteriseerd door het optreden van leucocyten, die in den aanvang tusschen de normale weefsel-elementen ingestrooid, deze ten slotte verdringen en tot versmelting brengen. Het eind-resultaat is een kleincellig fibrillair bindweefsel zonder klieren of dek-epitheel. De pseudo-endometritis is histologisch gekarakteriseerd door vaatveranderingen, die deels tot hyperplasie van stroma en klieren, deels tot atrophie met vernietiging der normale weefsel-elementen voeren.

Zoowel de echte als de pseudo-endometritis is in den regel tot omschreven plekken beperkt; zieke en gezonde gedeelten wisselen in het mikroskopisch beeld elkander af.

De echte endometritis openbaart zich klinisch, in een zeker stadium althans, door etterigen fluor. De pseudo-endometritis openbaart zich klinisch door bloedingen (menorrhagieën of metrorrhagieën) soms ook door versterkte mukeuse afscheiding. Beide kunnen daarenboven tot indirecte verschijnselen in naburige of verwijderde organen aanleiding geven.

De echte endometritis van het corpus uteri (corpus-catarrh) is veel frequenter dan in den regel wordt aangenomen.

Zij komt veel vaker voor dan de cervicaal-catarrh.

Geïsoleerde cervicaal-catarrhen zijn betrekkelijk zeldzaam.

De differentiëel-diagnose tusschen een geïsoleerden cervicaal-catarrh en eene combinatie van corpus- en cervix-catarrh is alléén door het mikroskopisch onderzoek met zekerheid te stellen.

Op klinische gronden kan men tot eene waarschijnlijkheidsdiagnose geraken, wanneer men in 't oog houdt:

1°. dat eene dunne etterige fluor vóór catarrh van het corpusslijmvlies pleit.

2°. dat bij multiparae geïsoleerde cervicaal-catarrhen zeldzaam zijn.

3°. dat sterk op den voorgrond tredende *indirecte* verschijnselen recht geven tot een pathologischen toestand der *corpus*-mucosa te besluiten.

4°. dat bij virgines cervicaal-catarrhen zeldzaam, maar combinaties van cervicaal- en corpus-catarrhen nog zeldzamer zijn. Onze 25 virginale slijmvliezen leveren daarvan geen enkel voorbeeld.

De echte endometritis bij virgines komt minder vaak voor dan de pseudo-endometritis, maar is toch niet zoo zeldzaam als o. a.

door Doléris wordt beweerd. Soms hangt zij met vroeger doorgestane infectie-ziekten samen.

Echte endometritis en pseudo-endometritis kunnen gezamenlijk voorkomen. Dit gezamenlijk voorkomen is zeer gewoon bij subinvolutio uteri post partum of abortum, waar tegelijk de condities gegeven zijn voor circulatie-stoornissen en voor infectie.

De indicatie voor de therapie wordt door de intensiteit der verschijnselen beheerscht.

Belangrijke graden, zoowel van endometritis als van pseudo-endometritis, eischen verwijdering van het zieke slijmvlies door curettage.

Van het hoogste belang is eener energische nabehandeling; waar deze wordt verwaarloosd, staat een spoedig recidief voor de deur.

Geïsoleerde behandeling van het cervix-slijmvlies zal slechts bij uitzondering tot het doel voeren.

TABEL I.

HOOFDSYMPTOOM: FLUOR ALBUS.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Karakter der afscheiding.	Aard der menstruatie.	Verdere klachten.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruatie-phase op he tijdstip der abrasio.
20	275	45	III	*Mucopurulente fluor.* (*Cervicaalcatarrh*).	Zeer onregelmatig, postponeerend; laatste 4 md. amenorrhoe.	Heftige rug- en lendenpijnen; pijn in de billen; soms onwillekeurige urineloozing.		Sedert 4 md amenorrhoe.
21	237	46	IV	*Muco-purulente afscheiding (erosies; typische cervicaalcatarrh.)*	Onregelmatig, anteponeerend.	Hoofdpijn, duizeligheid, lendenpijn.	Retroversio uteri.	
22	279	32	IV	*Muco-purulente afscheiding (erosies; typische cervicaalcatarrh).*	Onregelmatig, soms anteponeerend, soms postponeerend.	Constipatie, nerveusheid, gevoel v. slapte.	Retroversio uteri.	Abrasio dir na afloop d menstruatie.
23	146	44	V	*Profuze, purulente, stinkende uitvloeiingen (cervicaalcatarrh.)*	Onregelmatig.	Pijnen in de rechterzijde.	Gonorrhoe; uterus vergroot, port. vag. livide.	Halverweg tusschen t menstruatie rioden.
24	161	30	V	*Bruingekleurde fluor.*	Regelmatig, pijnlijk, weinig profuus.	Buikpijn, pijnen in rug- en beenen, maagpijn, hoofdpijn.	Klachten dateeren van 1ste bevalling.	Halverwe tusschen t menstruati rioden.

Mikroskopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Kleine weefselstukjes, die tweeërlei beeld vertoonen: 1. Plekken, die er bij zwakke vergrooting geheel normaal uitien, met recht verloopende, niet verwijde klieren en een opperlakte-epitheel dat hier en daar wat onregelmatig gerangschikt is. 'troma-kernen groot, omgeven door een smal randje protoplasma; usschen deze hier en daar ettercellen met gefragmenteerde kernen; ok in 't oppervlakte-epitheel. Op sommige plekken imbibitie met loed. Hier en daar verdikking der kleine arterie-wanden en wat reefselschrompeling. 2. Plekken die de bekende overstrooming met ettercellen vertoonen, epaard met vernietiging van 't oorspronkelijke weefsel; elders is it reeds vervangen door een nieuwgevormd, kleincellig bindweefsel.)e klieren zijn bezig te gronde te gaan; zij hebben geen lumen ieer, en zijn nog slechts te herkennen aan de concentrisch gerangchikte bindweefselbundels, waarbinnen een uiterst kernrijke, donerkleurige massa ligt, die bestaat uit het met leukocyten overtroomde klier-epitheel; dit wordt later vervangen door hetzelfde leincellige bindweefsel, dat de omgeving der klieren vormt.	Abrasio mucosae 15 Jan. '93. — Drainage en irrigatie met carbol. opl. 12 maal. — 7 maal gecauteris. met chloorz. opl. en 9 maal met Tinct. jodii. Tamponade met Ichthyol-glycerine. - - Vroeger langdurig gynaek. behandeld geweest.	P. die 9 maanden gelegen had, en op een draagstoel in de kliniek werd gebracht, werd 18 Mei volkomen hersteld ontslagen. — Berichten luiden nog zeer gunstig.
Slijmvlies belangrijk verdikt. Hier en daar papillaire woekeringen ı de weinig verwijde klieren. Klier-epitheel merkwaardig hoog, gejkend op cervix-epitheel. Stroma over 't geheel vast, celrijk. Op › meeste plaatsen zeer rijk aan leukocyten met gefragmenteerde ernen. De arteries vertoonen hyaline zwelling met belangrijke verikking van den wand. In 't stroma worden hier en daar strengen lad spierweefsel gevonden, die aan woekerende arterie-wanden hun rsprong ontleenen. Naast de hyaline zwelling, al of niet met deze erbonden, komt dichtwoekering van kleine vaten voor met weeflschrompeling. In vele klier-lumina vindt men een exsudaat, grootendeels uit ukocyten bestaande, soms met beginnende organisatie tot kleinllig fibrillair bindweefsel. (Zie fig. 5). De wand-epitheliën der klieren orden op deze wijze gedrukt en tot atrophie gebracht. Op sommige ekken bloed in de klieren; hier en daar bloeding in 't weefsel.	Abrasio mucosae 30 Juni '92. Cauterisatie met chloorz. 6 maal.	25 Juli hersteld ontslagen. — Bevredigende berichten. — Menstruatie geregeld.
Slijmvlies smal, atrophisch, grootendeels van oppervlakte-epitheel roofd; elders is het epitheel nog aanwezig, maar opgelicht door bepitheliale bloedingen en doorzaaid met leukocyten, evenals de venste laag van 't stroma. Meer in de diepte is 't stroma zeer rijk, met spoelvormige, dicht opeengedrongen kernen. Hier en ar wandverdikking en sluiting van kleine arteries. De oppervlakkige laag geeft in vele stukjes een geheel ander beeld, bestaat uit resten van stroma-cellen met verbrokkelde of half tleurde kernen, waartusschen talrijke leukocyten; in de buurt is : stroma door kleincellig fibrillair bindweefsel vervangen.	25 Jan. '93, abrasio mucosae. — Cauterisatie met chloorz. Begin Maart repositie v. d. uterus; Hodge pessar. 8'/₂.	10 Maart volkomen hersteld ontslagen. — Laatste onderzoek October '93.
lijmvlies niet verdikt. Klieren over 't geheel in aantal vermind, op enkele plekken wat verwijd. Stroma sterk geïnfiltreerd met kocyten. Op sommige plekken daarnevens de normale, fraaie ma-kernen in groot aantal aanwezig; elders zijn de stroma-kerı in de lengte gerekt en spoelvormig. Nog andere beelden worden even door plekken, waar de infiltratie van leukocyten zóó overgt, dat van de stroma-kernen slechts restanten over zijn. Op één tje endarteritis; overigens weinig vaatveranderingen.	Abrasio mucosae 2 Juni '91, 6 maal gecauteriseerd met chloorzink.	30 Juni '91 hersteld ontslagen. Na 3 maanden recidief en aanhoudende pijnen in de rechterzijde.
lijmvlies niet verdikt, arm aan klieren, wier epitheel vrij laag et betrekkelijk kleine kernen. Stroma celrijk, kernen klein; deele smal, onregelmatig van vorm. Op sommige plekken vrij kmatige imbibitie met bloed; elders overstrooming van leukoa met gefragmenteerde kernen, waarbij de stroma-kernen haar lie-vermogen verliezen en te gronde gaan. Hier en daar dichtıekerde arteries.	9 Sept. '91. abrasio mucosae. 5 maal gecauteriseerd met Ichthyol.	3 Oct. hersteld ontslagen. — Geen bericht.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Karakter der afscheiding.	Aard der menstruatie.	Verdere klachten.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruatie-phase op het tijdstip der abrasio.
25	247	51	V	*Vrij sterke muco-purulente afscheiding (erosies).*	Onregelmatig en versterkt.	Prolapsus vaginae. — Ruptura perinei incompl.		
26	148	43	VI	*Purulente afscheiding; (erosies).*	Ongeregelde, anteponeerende, profuse menses.	Pijnen in 't stuitbeen, in beide parametriën, in rug en borst. Verzakkingsgevoel.	Uterus in retroversie gefixeerd. Ruptura perinei. De pijnen dateeren v. laatsten partus, vóor 10 jaar.	Een week vóo de menstruati
27	29	44	VII	*Vuile, etterige afscheiding (erosies; cervicaalcatarrh).*	Geregeld, maar profuus.	Rugpijnen, vermoeidheid.	Retroflexio.	Halverwege tusschen twe menstruatie-p rioden.
28	126	40	VII	*Muco-purulente afscheiding (geen erosies).*	Menstruatie geregeld.	Vermoeidheid, rugpijn, verzakkingsgevoel.	Ruptura perinei. Hypertrophische portio.	Abrasio ko na afloop d menstruatie.

Mikroskopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Slijmvlies matig verdikt. Hier en daar belangrijke verwijding, lders **ook hyperplasie van klieren,** die meerendeels onregelmatige liggering en papillenvorming vertoonen. Wijd uitgezette gevulde enen. Stroma-kernen meerendeels fraai rond, afgewisseld door talijke **leukocyten ten deele** met gefragmenteerde kernen. Spoelvorige **elementen rondom** de klieren op de meeste plaatsen ontbrekend. Elders **beginnende** schrompeling; zwelling van endotheel-kernen n capillaren en kleinste arteries. Op sommige geschrompelde plekn **veel infiltratie** van leukocyten met gefragmenteerde kernen.	Abrasio mucosae 23 Sept. '92, tegelijkertijd colpoperinaeorrhaphia post. 3 maal gecauteris. m. chloorzink, 1 maal met Jod.	20 Oct. hersteld ontsgen. — Toestand zeer vredigend. — Laatste derzoek Dec. '92.
Slijmvlies matig verdikt. Verwijding van klieren met papillenvorming. **Stroma** celrijk, vrij gelijkmatig met bloed geimbibeerd. Op **sommige plekken** gesloten kleine arteries; weefselschrompeling.	Na 3 heete douches 19 Juni abrasio mucosae. 3 maal gecauteriseerd met chloorz. 3 Juli '91 perinaeoplastiek.	19 Juli '91 ontslagen. Plaats. toestand veel vbeterd. — Na ½ jaar derom pijnen in de lenden, en nerveuse klacht
Slijmvlies matig verdikt; klieren belangrijk vermeerderd, niet wijd. **Stroma** uiterst celrijk; stroma-kernen tamelijk klein, niet zwellen, op vele plaatsen spoelvormig. Vrij gelijkmatige imbibitie **et bloed.** Zwelling van endotheel-kernen in capillaren en kleine arteries. **Sluiting** van kleine arteries; in de buurt schrompeling **dichtwoekering** van klieren.	2 Maart '90, abrasio mucosae. 5 maal gecauteris. m. chloorzink.	17 Maart hersteld oslagen. — Laatste ondzoek Januari '91.
Slijmvlies *niet* **verdikt;** geen verandering van beteekenis aan de klieren. Stroma *celrijk*; rijke ontwikkeling van fraaie spoelcellen. *een enkel plekje* kleincellig infiltraat, dicht bij eene kleine arterie, waarvan de endotheel-kernen beginnende zwelling vertoonen. Stroma *op vele* **plaatsen** gelijkmatig met bloed geinfiltreerd. Veel *deelingsfiguren* **in stroma** en klieren. Leukocyten spaarzaam 't stroma verspreid.	Abrasio mucosae 26 Maart '91. Irrigaties m. carbol; cauteris. met Ichthyol. Perinaeorrhaphie Sänger—Tait.	23 April hersteld oslagen. — Laatste berich '92, luiden gunstig.

TABEL II.

HOOFDSYMPTOOM: BLOEDINGEN.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Karakter der Bloedingen.	Verdere afscheiding.	Andere klachten.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruatie-phase tijdens de abrasie.
29	10	25	Virgo.	*Sedert* $4^1/_2$ *maand aanhoudend vloeien. Reeds* 5 *jaar lang profuse, onregelmatige menstruatie.*	Weinig fluor albus. (Uitgebreide folliculaire erosies, bij aanraking bloedend).			**Menstruati type verlor gegaan.**
30	52	26	Virgo.	*Sedert vorige abrasio (zie register-nummer* 10) *influenza. Daarna weer vloeiing.*				**Menstruati type verlor gegaan.**
31	280	29	Virgo.	*Sedert vorige abrasie (zie register-nummer* 52) 4 *md. amenorrhoe; daarna postponeerende menses. In den laatsten tijd weer onregelmatige, profuse, langdurige menstruatie.*	Tusschentijds afscheiding van een dunne bruinachtige vloeistof.			**Menstruati type verlor gegaan.**
	De register-nummers 10, 52 en 280 behooren aan dezelfde pat., bij wie 3 maal abrasio uteri werd verricht.							
32	45	42	Virgo.	*Belangrijk versterkte, langdurige menstruatie.*	Niet waargenomen. (geen erosies).		Klein, interstitieel myoom in den fundus uteri.	**Vorige me struatie niet bepalen, v gende trad bijna direct de abrasio.**
33	60	23	Virgo.	*Zeer profuse menstruatie; coagula.*	Sterke fluor albus (erosies, typische cervicaalcatarrh).	Dysmenorrhoe vaginismus.		**Halverweg twee menstr tie-perioden.**
34	100	26	Virgo.	*Belangrijk versterkte, anteponeerende menstruatie.*	Sterke fluor albus (geen erosies).	Braken, pijn in maag- en ovariaalstreek.		**Onbekend.**
35	114	21	Virgo.	*Zeer profuse menstruatie met coagula.*	Veel fluor albus (geen erosies).		Stenose van het ost. int.	**Een paar gen na afl der menstrua**
36	150	49	Virgo.	*Belangrijk versterkte, anteponeerende menstruatie; coagula.*	Purulente afscheiding (geen erosies).	Dysmenorrhoe. Algemeen gevoel van slapte.	Vóór 5 jaar ingewandsziekte, gevolgd door chronisch gewrichtslijden. Van dien tijd dateeren de bloedingen.	**Vier dagen afloop der la ste menstrua**
37	164	36	Virgo.	*Belangrijk versterkte, anteponeerende menses; tusschentijds druppelsgewijs bloedverlies.*	Geen fluor.	Tijdens de periode heftige buik- en lendenpijn, uitstralend in 't linker been.		**Zeven da na afloop laatste me struatie.**
38	73	48	0	*Sedert* $1^1/_2$ *jaar bijna voortdurend vloeien.*	Sterke fluor albus (geen erosies).		Fibreuse polyp.	**Niet te b len.**

Mikroscopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Slijmvlies een weinig verdikt. Stroma celrijk, klieren wat geslinrd. Op een enkel plaatsje weefselschrompeling met dichtwoekering n klieren. Slijmvlies na de vorige abrasie (vóór 1½ jaar) nog niet volko:n geregenereerd. Sommige plekken zeer arm aan klieren. Hyalinegeneratie van vaatwanden met hier en daar nog een enkele gebrompelde kern. Hyaline plekken in 't stroma, waarschijnlijk sten van vroegere bloedingen. lijmvlies vast, atrophisch. Klieren vrij talrijk, meerendeels zeer uw, enkele tot kleine cysten verwijd. Stroma celrijk, uit kleine llen, gelijkmatig met bloed geimbibeerd. Slijmvlies zeer vaatrijk; oral rijk aan verwijde kleine venen. Hier en daar eenige zwelling n endotheel-kernen. Geen leukocyten in 't weefsel.	20 Dec. '89, 24 Mei '90 en 23 Jan. '93 abrasio mucosae telkens met chloorzink nabehandeld. Na de laatste curettage ook 3 maal met jodoformgaas getamponneerd.	Na de eerste operatie kreeg P. in Maart '90 een hevigen aanval van influenza waarna aanhoudend sterke menorrhagie, die eene langdurige ambul. behandeling met chloorzink weerstand bood. — Na de 2e curettage amenorrhoe gedurende 4 maanden. Sedert ongeregelde postponeerende, soms profuse menstruatie. Sedert Oct. '92 afscheiding van bruinachtig vocht en profuse haemorrhagie. — Sinds laatste operatie geen klachten meer. Geregelde menses.
Echte hyperplasie van klieren en stroma, nergens schrompeling. pillaire woekering van 't oppervlakte-epitheel met fraaie kerndingsfiguren. Capillair-endotheliën hier en daar wat gezwollen. ij gelijkmatige bloed-infiltratie.	5 Mei '90, abrasio mucosae. Chloorzink cauteris. 4 maal.	11 Juni niet hersteld ontslagen. — Sinds vertrek behandeld met electrolyse, en ergotine-injectie zonder effect. Laatst onderzoek Januari '93.
Hyperplasie van klieren en stroma. Sterke slingering van kliersen. Capillair-endotheliën niet gezwollen. Vernauwing van kleine eries; dichtwoekering van klieren. Leukocyten in matig aantal. er en daar bloed-infiltratie van 't stroma.	16 Juni 90, abrasio mucosae. Tamponnade met jodoformgaas 3 maal.	2 Nov. '90. P. heeft 3 maal normaal zonder pijnen gemenstrueerd.
lijmvlies vast en smal. Stroma verdicht. Klieren niet geslingerd, vernauwd dan verwijd. Kleine arteries dichtgewoekerd.	24 Dec. '90 abrasio mucosae. 5 maal Ichthyol cauteris.	Geen bericht.
Matige hyperplasie. Stroma celrijk. Geringe verwijding en slinng van klieren. Bloed-infiltratie. Hier en daar sluiting van kleine ries; weefselschrompeling; enkele klier-lumina door bindweefsel htgegroeid. Oppervlakte-epitheel haast overal afgestooten.	12 Febr. '91 incisie, dilatatio colli, abrasio mucosae.— Ichthyol cauter. 4 maal.	Van 1 tot 4 Maart zonder pijnen gemenstrueerd hersteld ontslagen. — Sedert geen bericht.
lijmvlies atrophisch. Klieren verminderd in aantal. Stroma vast, en dicht op elkaar, sommige rond, andere kortspoelvormig. d-infiltratie direct onder 't oppervlakte-epitheel. Weinig leukon in 't stroma. Gesloten kleine arteries; in de buurt geschromle plekken met dichtwoekering van klieren.	13 Juni '91, abrasio mucosae. — 4 4 maal cauter. met chloorzink.	8 Juli ontslagen. Steeds klachten over profuse menstruatie en purulente afscheiding.
yperplasie met verdichting van 't stroma. Klieren eer nauw wijd. Eenige zwelling van vaat-endotheliën. Hier en daar vrij kmatige bloed-infiltratie.	12 Sept. '91, abrasio mucosae 8 maal cauteris. m chloorzink.	28 Oct. '91 hersteld ontslagen. In April en Mei '92 en in Febr. '93 eenige malen gecauteriseerd met chloorzink en ichthyol wegens licht recidief. Nu volkomen hersteld. Laatste onderzoek 21 Aug. '93.
rdikking van 't slijmvlies. Klieren verwijd en sterk geslin. Stroma celrijk, met tamelijk kleine kernen. Sterke imbibitie bloed. Zwelling van endotheel-kernen in capillairen en kleine ries. Sluiting van arteries. Schrompeling.	10 Sept. '90, abrasio mucosae na verwijdering van een fibreuze polyp.	28 Sept. hersteld ontslagen. — Laatste bericht Sept. 91.

TABEL II.

HOOFDSYMPTOOM: BLOEDINGEN.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Karakter der bloedingen.	Verdere afscheiding.	Andere klachten.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruatiephase op het tijdstip der abrasio.
47	259	32	2	*Periode vroeger profuus maar regelmatig; sedert 2½ week voortdurend vloeiingen.*	Sedert 3 jaar veel fluor, (cervicaalkanaal gapend; erosies; (typische cervicaalcatarrh).	Lendenpijn; nu en dan maagstoornissen.	Retroversio uteri.	Niet te bepalen.
48	295	43	2	*Menstruatie belangrijk versterkt; duurt soms wel 17 dagen.*	Mucopurulente afscheiding (erosies).	Gevoel van moeheid, hoofdpijn.	In gynaec. behandeling geweest sedert 13 jaar. Cauterisaties; amputatio der portio vag.	Menstruatie afgeloopen [illegible] voor de abrasio.
49	87	42	3	*Zeer profuse, geregelde menstruatie.*	Sterke fluor (erosies; typische cervicaalcatarrh).	Pijnen in den buik sedert 10 jaar.	Retroversie. Kastanjegroote polyp uit het cervicaalkanaal.	Halverwege tusschen [illegible] menstruatieperioden.
50	110	40	VIII	*Belangrijke, onregelmatige vloeiingen sedert 9 jaar.*	Slijmig-etterige uitvloeingen, geen erosies).	Melancholische buien.		Onbekend.
51	[illegible]	44	VIII	*Menstruatie steeds zeer profuus, sedert 1½ maand onregelmatige vloeiingen.*	Vrij sterke muco-purulente afscheiding sedert 2½ maand.			
52	[illegible]	[illegible]	VII	*[illegible]*	Geen afscheiding (geen [illegible]).			
53	[illegible]	[illegible]	VI	*[illegible]*	[illegible]	Pijn in [illegible] [illegible] nerveuse klachten.	Abortus vóór 6 maanden. Retroversie.	Abrasio [illegible] gen vóór menstruatie.

Mikroskopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
let slijmvlies geeft drieërlei beeld: . Hyperplastische gedeelten. Stroma belangrijk verdikt, geen af-king aan de klieren. Bij zwakke vergrooting geen afwijking te den; bij sterke blijkt het stroma een vrij gelijkmatige infiltratie : leukocyten te bezitten, ten deele met gefragmenteerde kernen. de capillaren zwelling van vaat-endotheel. . Geschrompelde plekjes. Stroma-kernen smaller, spoelvormig, ater opéen, sterker gekleurd. Zwelling van de wanden der kleine ries, hier en daar met sluiting van 't lumen en schrompeling de buurt. . Op plekjes die 't midden houden tusschen het weeke karakter . de hyperplastische en het vaste van de geschrompelde gedeel-komt hier en daar vrij belangrijke kleincellige infiltratie voor. ervix-slijmvlies. ele plekken normaal, elders belangrijke infiltratie van leukocy-met gefragmenteerde kernen. Op enkele plekjes schrompelings-cessen, met belangrijke zwelling van vaatwanden. De schrom-ng is minder exquisiet in 't cervix- dan in 't corpus-slijmvlies.	2 Oct. '92, abrasio mucosae. 7 maal gecauteriseerd met chloorzink. Repositie v. d. uterus, Thomas pess. 8½.	3 Dec. hersteld ontslagen. — Juli '93 pessarium verwijderd wegens lichte ulceratie in laq. post. — Irrigaties met sulf. zinc Toestand overigens zeer bevredigend.
ijmvlies over 't geheel smal, atrophisch, sterk met bloed ge-beerd. Schrompelingsprocessen in 't stroma; vernietiging van ren door bindweefselwoekering. Vele verwijde venen. Arteries, 't geheel met een flink lumen, endotheel-zwelling in sommige llaren.	17 Mrt. '93, abrasio mucosae, 7 maal gecauteriseerd met chloorz.	17 April hersteld ontslagen. — Laatste onderzoek 20 Mei '93.
yperplasie. Bloeding in 't weefsel. Hier en daar groepjes klein-g infiltraat. Eenige zwelling van capillair-endotheliën: begin-de verdikking der wanden van kleine arteries. p andere plekken: exquisite schrompeling; sluiting van arteries; r-atrophie.	14 Nov. '90, abrasio mucosae. Cauter. met chloorz. 4 maal. Thomas pess. 8½.	16 Dec. hersteld ontsl. Gedurende 1 jaar geregelde menstruatie. Sinds Febr. '93 versterkt. Uterus vergroot. Fibromyoma interstitiale.
ijmvlies niet verdikt, klieren spaarzaam. Stroma-cellen uit elkaar rongen deels door vocht-imbibitie, deels door bloeding in 't weef-Capillaren uitgezet; matige zwelling van endotheel-kernen. Ge-n kleine arteries. Oppervlakte- en klier-epitheel onregelmatig; kernen schuiven tusschen en vóór elkaar uit de rij. alrijke leukocyten in en vlak onder 't oppervlakte-epitheel.	28 Jan. '91, abrasio mucosae. 4 maal chloorz. cauter. Voor jaren amputatie v. d. portio vagin.	17 Febr. '91 hersteld ontslagen. — Jan. '92, na belangrijke lichamelijke vermoeienis metrorrhagie gedurende 3 dagen. — Rust, secale.
rij belangrijke verdikking van 't slijmvlies, zonder veel verang aan de klieren. 't Stroma is aan de oppervlakte tamelijk ijl, groote, meest ovale kernen in spoelvormige of vertakte cel-amen, die uiteengedrongen zijn door korrelige resten van ont-rde bloedlichaampjes. In de diepe lagen is het weefsel veel cel-r en vaster. Vele leukocyten in 't weefsel verspreid, hier en groepsgewijs; geen gefragmenteerde kernen. Lichte zwelling vaat-endotheel in de capillaren.	14 Nov. '92, abrasio mucosae; 5 maal cauterisatie met chloorz.	10 Dec. hersteld ontslagen. — Laatst onderzoek Mei '93.
inimale stukjes atrophisch, klierarm slijmvlies. Stroma ten deele ovaalronde kernen; elders geheel overstroomd met ettercellen, rbij van 't oorspronkelijke weefsel zoo goed als niets meer te is. Waar de ovaalronde kernen overwegen, zijn zoo goed als ettercellen, maar hier en daar schrompelingsprocessen met twoekering van klieren. Hyaline plekken. Zwelling van capil-endotheel. Van endarteriitis blijkt niets.	30 Nov. '92, abrasio mucosae. 3 maal met chloorzink en 4 maal met Jod. gecauteriseerd.	29 Dec. hersteld ontsl.
erke bloed-infiltratie van 't stroma, waardoor de cellen uit elkaar gedrongen. Geen belangrijke verandering aan de klieren, alleen slingering en verwijding. Zwelling van endotheel-kernen in kleine arteries met weinig beduidende schrompeling in 't stroma.	10 Apr. '90, abrasio mucosae. 5 maal gecaut. m. chloorz. Thomas pess. 8.	17 Mei volkomen hersteld ontslagen. — Aug. 91 bevallen van een voldragen levend kind.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Karakter der bloedingen.	Verdere afscheiding.	Andere klachten.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruat phase op tijdstip d abrasio.
54	46	32	IV	*Aanhoudend vloeien.*	Niet bekend.		Abortus vóór 3 maanden(vergroote slappe uterus met wijd cervicaalkanaal).	Menstrua phase niet baar meer.
55	69	?	III	*Aanhoudend vloeien sedert* 3 *weken.*	Niet bekend (erosies).		Abortus vóor 3 weken.	Menstrua phase niet bepalen.
56	83	35	V	*Aanhoudend vloeien sedert* 4 *weken.*	Muco-purulente afscheiding.		Abortus vóor 4 weken.	Menstrua phase niet bepalen.
57	101	31	V	*Zeer sterke haemorrhagiën sedert* 6 *md.*	Niet waargenomen,(erosies).		Abortus vóor 6 maanden.	Menstrua phase niet bepalen.
58	116	22	I	*Onregelmatige vloeiingen.*	Purulente afscheiding (erosies; typische cervicaalcatarrh).		Abortus vóor 8 maanden; vóór 6 maanden blennorrhoea vaginae. Retroversio uteri.	De ab werd ver direct na a van de struatie.
59	142	21	0	*Aanhoudend vloeien sedert* 14 *dagen.*	Niet waargenomen(erosies).		Vermoedelijk abortus.	Onbekend
60	157	39	IV	*Belangrijke, onregelmatige vloeiingen, sedert* 3 *maanden.*	Geen erosies. Muco-sanguinolente afscheiding.		Abortus vóor 3 maanden.	Menstrua phase nie bepalen.
61	156	35	V	*Aanhoudend vloeien sedert* 1½ *maand.*	Niet waargenomen (erosies).		Abortus vóor 6 weken.	Menstrua phase ni bepalen.
62	177	26	0	*Aanhoudend sedert abortus vóór* 2½ *md.*	Niet waargenomen, (geen erosies).		Abortus vóor 2½ maand.	
63	251	35	2	*Onregelmatige vloeiingen.*	Niet waargenomen.		Abortus vóor 14 dagen. Retroversio uteri. Vroeger intra-uterine behandeling toegepast wegens endometritis.	Menstru 3 maande gebleven.

Mikroskopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Stroma: verdicht, uit fraaie spoelcellen. Klieren in hoofdzaak niet randerd; enkele uitgezet en met bloed gevuld. Tamelijk veel leucyten met gefragmenteerde kernen, vooral onder en in 't opperikte-epitheel.	9 Mei '90, abrasio mucosae, 4 maal gecauteriseerd met chloorz.	7 Juni hersteld ontsl. — Sedert geen berichten.
Klieren spaarzaam en nauw. Stroma uit vrij kleine, meerendeels elvormige kernen, waartusschen leukocyten in vrij groot aantal. dotheel-zwelling en dichtwoekering van kleine arteries. Schromling in 't stroma van weinig beteekenis.	18 Juli '90, abrasio mucosae. 5 maal gecauteriseerd met chloorzink.	29 Juli hersteld ontsl. Juni '93 bevallen van een voldragen levend kind.
Het slijmvlies vertoont drieërlei beeld. 1. Belangrijke uitzetting en slingering van klieren. 2. Elders verdichting van 't stroma, ten deele door overstrooming t kleinkernige cellen. 3. Resten van decidua-weefsel.	9 Oct. '90, abrasio mucosae; na de 5e cauteris. heftige bloeding. Tamponnade 3 maal. Daarna nog 2 maal gecauteriseerd.	25 Nov. hersteld ontsl. berichten gunstig, normale menstruatie, geen fluor.
Slijmvlies vrij belangrijk verdikt; voornamelijk klier-hyperplasie, r en daar belangrijke verwijding. Fraai, eenlagig epitheel. Trilren. Lichte zwelling van de wanden der kleine arteries in de pte. Oppervlakkige vaten normaal.	29 Dec. '90, abrasio mucosae. 3 maal cauteris. m. chloorzink.	16 Jan. hersteld ontsl. In '92 abortus van 3 maanden. April '93 bevallen van een voldragen levend kind. Placenta praevia marginalis.
Stroma zeer dicht en celrijk; kernen rond of kort spoelvormig; n hyperplastische klierveranderingen. Op sommige plekken exquie weefselschrompeling; dichtwoekering van klieren, sluiting van ine arteries. Bloeding in 't weefsel.	21 Febr. '91, abrasio mucosae. 4 maal cauterisatie met chloorz. Thomas pess. 8.	21 Mrt. hersteld ontslagen. Sinds 2 maal abortus. Van 7 Oct. tot 11 Nov. aanh. vloeing; cauterisatie. Van Dec. tot nu toe geregelde menstruatie.
Weefselstukjes minimaal. Stroma zeer vast en celrijk, overstroomd t kleine rondcellen. Verwijding van klieren. Zwelling van endoel-kernen.	3 Juni '91. abrasio mucosae. Tamponnade en 3 maal cauterisatie met chloorzink.	21 Jun. hersteld ontslagen. — Sedert geen bericht.
Resten van decidua-weefsel.	Tamponnade 7 maal, daarna abrasio mucosae 24 Juli en 6 maal cauterisatie met chloorz. en liq. stipt.	4 Aug. volkomen hersteld ontslagen. — Sedert geen bericht.
Interstitieele veranderingen op den voorgrond; stroma celrijk; rnen meerendeels groot en rond, ten deele smal, langgerekt, kerpgekleurd, 't laatste in de buurt van gesloten arteries. Dichtoekering van klieren.	10 Juli '91, abrasio mucosae. 3 maal cauterisatie met chloorz.	22 Juli hersteld ontsl. — Laatst onderzoek Jan. '93.
Kleine weefselstukjes, arm aan klieren. Stroma celrijk, vast, op meeste plaatsen rijk aan leukocyten. Hier en daar weefselschromling en sluiting van kleine arteries. Elders etterige versmelting n weefsel. Sommige hyaline plekken met spaarzame, goed geconsererde bindweefselkernen.	29 Oct. '91, abrasio mucosae, 4 maal cauterisatie met chloorzink.	18 Nov. hersteld ontslagen. — Sedert geen bericht.
Slijmvlies niet verdikt; stroma sterk geinfiltreerd met kleine rondllen. Geen afwijking aan de klieren. Hier en daar stukjes decia, met ettercellen overstroomd. (Zie fig. 31).	30 Sept '92, abrasio mucosae, 5 maal cauterisatie met chloorz.	22 Oct. hersteld ontsl. — Laatste onderzoek Jan. '93.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Karakter der Bloedingen.	Verdere afscheiding.	Andere klachten.	Bijzonderheden die van beteeknis zijn voor de aetiologie.	Menstruati phase tijde de abrasie
64	308	27	2	*Onregelmatig sedert 2 maanden.*	Niet waargenomen.		Abortus vóor 2 maanden. Retroversio uteri. Ruptura perinei incompleta. Belangrijke inscheuring van de cervix.	Niet te be len.

Mikroskopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Slijmvlies belangrijk verdikt. Klieren deels grillig geslingerd, els sterk verwijd, hier en daar in aantal vermeerderd. Klier-epieel uit eene laag van cellen. Stroma meerendeels uit grootkernige llen; spoelcellenlaag rondom de klieren slecht ontwikkeld. Stroma vele plaatsen gelijkmatig met bloed geïnfiltreerd, elders circumripte bloedingen. Overal, ook waar de bloeding ontbreekt, tamek veel leukocyten in 't weefsel. In de capillaren en kleine arteries langrijke zwelling van endotheel-kernen, hier en daar tot sluiting n 't lumen voerend. Het bovenbeschreven weefsel reikt op vele coupes tot aan 't oprvlakte-epitheel, elders bestaat de oppervlakkige laag van 't slijmies uit het kleincellige bindweefsel, dat het eind-product is der tarrhale ontsteking. Dit weefsel bezit geen klieren, is sterk met oed geïmbibeerd en bezit belangrijk verwijde venen. De cellen n deels spoelvormig, deels rond; op sommige plekken schemeren g half gekleurde resten van nekrotische stroma-cellen door het erpgekleurde kleincellige weefsel heen. Het oppervlakte-epitheel hier te gronde gegaan.	9 Mei '93, abrasio mucosae. 5 maal cauterisatie met chloorz. 26 Mei Emmet-operatie en Perinaeorrhaphie. (Tait.).	Hersteld ontslagen. — Laatste onderzoek September '93.

TABEL III.

HOOFDSYMPTOOM: DYSMENORRHOE.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Menstruatie.	Afscheiding	Verdere klachten.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruatie-phase op he[t] tijdstip der abrasio.
65	39	25	Virgo.	*Geregeld, niet versterkt, zeer pijnlijk.*	Sterke afstooting van vaginaal-epitheel.	Lendenpijn, waardoor liggen op den rug onmogelijk is.	Stenose van het ost. int.	Abrasio k vóór de period
66	47	40	Virgo.	*Geregeld, spaarzaam, met heftige krampen.*	Veel fluor albus, (geen erosies).	Rugpijn, pijn in 't rechter been, soms pijn bij 't urineeren.	Stenose van 't ost. int.	Abrasio dire nà de menstr atie.
67	186	29	Virgo.	*Regelmatig, met heftige krampen. Coagula.*	Mukeuze 'afscheiding, geen erosies.		Retroversie.	Abrasio ac dagen vóór volgende me struatie.
68	261	38	Virgo.	*Vroeger anteponeerend; in den laatsten tijd regelmatig of postponeerend. Sterk, met veel coagula. Heftige krampen.*	Geen fluor; geen erosies.	Onbestemde klachten.		Abrasio h verwege tu schen twee me struatie-peri den.
69	294	30	Virgo.	*Vroeger met groote tusschenruimten; nu vrij regelmatig, met heftige krampen. Coagula.*	Weinig fluor.		Stenose van 't ost. int.	Abrasio 5 d gen na aflo der menstru tie.
70	302	25	Virgo.	*Twee dagen anteponeerend, profuus, met uitstooting van vliezen. Vóór 't uitstooten der membranen heftige kramp, braken en rugpijn.*	Wat fluor albus.			Abrasio ong veer 4 dagen afloop der pe ode.
71	32	24	0 5 jaar gehuwd.	*Geregeld; zeer pijnlijk.*	Mukeuze afscheiding, (geen erosies).	Steriliteit. Pijn bij de urineloozing.	Stenose van 't ost. int.	?
72	61	30	0	*Geregeld, profuus, met heftige pijnen.*	Sterke mukeuze afscheiding, (geen erosies).	Vaginismus. Verdikt, rigide hymen, waardoor coitus onmogelijk.	Uterus in anteversie gefixeerd.	Abrasio n dagen na ste menstr

Mikroscopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Slijmvlies atrophisch. Stroma belangrijk verdicht, bestaat uit llen met deels ronde, deels spoelvormige kernen. Matige bloedfiltratie. Leukocyten hier en daar in 't oppervlakte-epitheel. Op n enkel plekje weefselschrompeling.	5 April '90, abrasio mucosae. — Tampon. met jodof. gaas.	25 April hersteld ontslagen — Menstruatie aanvankelijk zonder pijn; in Sept. '90 begint weer langzamerhand dysmenorrhoe op te treden. Pat. is nu onder psycho-therapeutische behandeling.
Slijmvlies vrij belangrijk verdikt. Klieren niet verwijd, oogenlijnlijk niet in aantal vermeerderd. Stroma ten deele celrijk en st, ten deele zijn de cellen door imbibitie met bloed uitéén geongen. Kerndeelingsfiguren in matig aantal in 't stroma. Hier daar groepjes kleincellig infiltraat. Beginnende schrompeling; iiting van vaatjes.	12 Mei '90, abrasio mucosae. Tamp. met jodof. gaas. 2 Juni nogmaals in narcose gedilateerd.	11 Juni hersteld ontslagen. — 6. XI. 90, menses tot dien datum zonder pijnen. — Sedert geen bericht.
Slijmvlies niet verdikt. Klieren niet verwijd, misschien iets te d slingerend, kernen uit de rij naar 't lumen voor elkaar heenagend. Aan 't oppervlakte-epitheel resten van trilhaar. Stromarnen talrijk, ten deele groot, fraai rond. Veel bloed-imbibitie schen de stroma-cellen. Elders geschrompelde, klierarme plekken t gesloten bloedvaatjes.	3 Dec. '91, abrasio mucosae. — 6 maal cauteris. met chloorz.	31 Dec. hersteld ontslagen. – Tot Jan. '93 normale menstruatie. Sedert geen berichten.
Slijmvlies smal; klieren wat geslingerd, niet verwijd; stromalen meerendeels normaal van grootte en vorm, uitéén gedrongen r eene vrij gelijkmatige infiltratie met bloedcellen. Hier en daar t zwelling van capillair-endotheel. Elders sluiting van kleine eries, met klier-atrophie en schrompeling van 't stroma.	4 Nov. '92, abrasio mucosae. — 7 maal gecauteriseerd met chloorz. eenmaal met jod.-tinct.	11 Dec. hersteld ontslagen. — Laatste onderzoek 1 Juli '93. — Vage nerveuse klachten. Menses zonder pijnen.
Slijmvlies van normale dikte; klieren niet geslingerd, noch verjd. Op enkele plekken sluiting van klieren door bindweefselwoeing. Stroma grootendeels uit zeer groote, ovaalronde kernen, r een smallen zoom van protoplasma omgeven. Hier en daar inkernige rondcellen, ten deele met gefragmenteerde kernen, schen de stroma-cellen verspreid. Geen typische vaatveranderingen.	16 Maart '93, abrasio mucosae. — 7 maal getampon. 5 maal gecaut. met Jod. — Voor 1 jaar geopereerd in Londen. (Bloedige dilatatie.)	Eerste menstruatie na de operatie is minder pijnlijk. 20 April ontslagen. Daarna gemenstrueerd met hevige krampen. Nov. Castratie.
Het slijmvlies vertoont tweeërlei beeld: I. Ten deele is 't slijmvlies matig verdikt, klieren niet verwijd geslingerd; stroma vrij celrijk; celkernen meerendeels groot, gellen, ovaalrond. Matige zwelling van endotheel-kernen in de illaren; vernauwing van 't lumen der kleinste arteries, nergens komen sluiting. Op sommige plekken vrij gelijkmatige imbibitie t bloed. Elders enkele leukocyten in 't stroma verspreid; hier daar neemt het aantal leukocyten belangrijk toe; deze plekken men den overgang tot I. Gedeelten, waar het normale weefsel door overstrooming met kocyten is te gronde gegaan, en vervangen door een kleincellig dweefsel met verwijde venen en zonder klieren. De laatstbeschreven gedeelten beantwoorden volkomen aan het roskopische beeld der tijdens de menstruatie uitgestooten memnen.	18 April '93, abrasio mucosae. 6 maal gecauteriseerd met chloorz.	12 Mei hersteld ontslagen. — Laatste onderzoek einde Juni '93. — Laatste menstruatie profuus maar zonder pijnen. Geen membranen.
Iatige verdikking. Sterke vermeerdering der cellen van 't grondfsel, die deels rond, deels spoelvormig zijn. Geen hyperplasie h belangrijke slingering van klierbuizen. Hier en daar kleincelinfiltraat.	24 Maart '90, abrasio mucosae. — 4 maal tamponnade met jodof. gaas. 4 maal cauter. met Jod.	22 April hersteld ontslagen. — Tot Juni '92 geregelde menses, daarna geen berichten.
mvlies verdikt, weinig verandering aan de klieren, stroma k. Fraaie kerndeelingsfiguren in stroma en klier-epitheel. Leuten met gefragmenteerde kernen spaarzaam in 't stroma verd. Hier en daar groepjes kleincellig infiltraat.	Excisio hymenis, en abrasio mucosae 19 Juni '90. Daarna chloorz. caut. 5 maal; dilatatie van de vagina.	14 Juli hersteld ontslagen. – Febr. '93 bevallen van een voldragen levend kind.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Menstruatie.	Afscheiding.	Verdere klachten.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruatie-phase tijdens de abrasie.
73	105	21	0 ½ jaar gehuwd.	*Spaarzaam, met hevige krampen.*	Sterke mucopurulente fluor (erosies).	Hevige vaginismus.	Stenose van 't ost. int.	Abrasio k… na afloop … menstruatie.
74	111	33	0	*Met hevige krampen.*	Geen fluor, (geen erosies).	Pijn in de rechterzijde van den buik en in den rug.	Belangrijke stenose van 't geheele cervicaalkanaal.	Abrasio a… dagen na af… der vorige m… struatie.
75	175	29	0	*Spaarzaam, met hevige krampen. Coagula.*	Geen fluor, (geen erosies).	Epileptische? toevallen; hartkloppingen, hoofdpijn, slapeloosheid	Stenose.	Abrasio h… verwege t… schen twee m… struatie-per… den in.
76	188	24	0	*Anteponeerend met heftige krampen, misselijkheid en braken.*	Etterige? fluor. Geen erosies.		Gonorrhoe ?	Abrasio k… na afloop … menstruatie.
77	207	28	0	*Regelmatig; den 1e dag met krampen.*	Geringe fluor albus.	Steriliteit (hoofdindicatie voor de behandeling).	Retroversio uteri.	Abrasio h… verwege t… schen twee m… struatie-per… den in.
78	296	23	1	*Profuus; met heftige pijn; coagula.*	Sterke mucopurulente afscheiding.	Veel rug- en lendenpijn. Mittelschmerz.		Abrasio k… na afloop … vorige menst… atie.

Mikroscopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Slijmvlies verdikt. Klieren verwijd en lymph-spleten uitgezet, ardoor het slijmvlies zelfs makroskopisch, een lacunair aanzien eft. Het klier-epitheel bestaat uit een regelmatig gerangschikte ag van cilinder-cellen met fraaie ronde, niet zeer groote kern aan basis. Hier en daar trilharen. Weinig papillen-vorming en bindeefselwoekering binnen de klieren. Het stroma heeft op verschillende plekken een zeer verschillend anzien. Hier en daar zijn de celkernen groot en bleek, door wijde mphspleten uit elkaar gedrongen. Elders zijn de kernen veel chter bijeen gelegen, maar normaal van vorm en grootte. Nog dere plekken vertoonen overkleuring en schrompeling der saampakte kernen, waarbij ten slotte alle structuur te gronde gaat. de buurt treft men dichtgewoekerde kleine arteries aan.	8 Jan. '91, abrasio mucosae. — 3 maal tamponnade met jodof. gaas, 6 maal cauter. met Jod.-tinct.	2 Maart hersteld on slagen. — Tot Juni '9 normale menses zond krampen. — 9 Juni, nieuw dilatatie en abras mucosae. 2 maal cauteri met Tinct. jodii. Nu he steld.
Slijmvlies niet verdikt. Stroma verdicht; klier-epitheel in meerdere aanwezig. Endarteriitis obliterans in de kleine arteries; geen theelzwelling in de capillaren. Hier en daar dichtwoekering klieren; sommige dwarse doorsneden van klieren bestaan nog chts uit een halven epitheelring, terwijl de andere helft door ekerend bindweefsel is vernietigd en vervangen.	4 Febr. '91, bloedige dilatatie en abrasio mucosae. Tamponnade met jodof. gaas en 5 maal cauteris. met Ichthyol.	24 Febr. hersteld on slagen. — Langzamerhan ontstaan weder stenose ve schijnselen. — Nu en da wordt een bougie ingevoer
Slijmvlies niet verdikt; het klierweefsel is over 't geheel vermin. Op een enkel plekje vrij belangrijke klierverwijding, in de rt sterke uitzetting van kleine venen. Hier en daar wat endolzwelling in de kleine arteries. Op sommige plaatsen vrij begrijke imbibitie met bloed.	23 Oct. 91, abrasio mucosae. 10 maal gecauteris. afwisselend met chloorz. en Jod. 3 maal getampon.	26 Nov. hersteld ontsl gen. — 4 opvolgende me struaties zonder pijn. - De 5e maal krampen. - Sedert geen berichten.
Slijmvlies misschien iets verdikt. Klier-hyperplasie en verdichting 't interstitieele weefsel. Hier en daar circumscripte bloedingen, ers gelijkmatige bloed-infiltratie. De verdichting van 't interstitiele weefsel berust ten deele op infiltratie met leukocyten. Hier daar beginnende weefselschrompeling; ook bindweefselwoekering nen de klieren.	10 Dec. '91, abrasio mucosae. 6 maal gecauteris. met chloorz. anterophoren.	5 Jan. hersteld ontsl gen. — Sedert norma menstruatie. Laatste onde zoek Mei '93.
Slijmvlies atropisch, vast, klierarm. Op sommige plekken typische eelschrompeling met sluiting van kleine arteries. Hier en daar cyten met gefragmenteerde kernen spaarzaam in 't stroma preid.	29 Febr. '92, abrasio mucosae. 6 maal cauterisatie afwisselend met Ichthyol en chloorz.	27 Maart hersteld onts
Het slijmvlies vertoont tweeërlei beeld: 1. Stukjes die belangrijk zijn verdikt. Klieren niet veranderd; ma celrijk, met bloed geïmbibeerd; 't oppervlakte-epitheel is en daar door circumscripte kleine bloedingen opgelicht. In de e lagen dikwandige kleine arteries, ten deele met gesloten lumen; e buurt daarvan wat schrompeling van 't stroma; beginnende twoekering van klieren. Het weefsel is overal rijk aan leukon met gefragmenteerde kernen; voornamelijk onder en in 't rvlakte-epitheel. 2. Plekken waar de dikte van 't slijmvlies niet meer dan de ft van de eerstbeschreven stukjes bedraagt. De diepe lagen geven zelfde beeld als 1; alleen is 't stroma wat dichter en zijn de kernen meerendeels spoelvormig; meer neiging tot dichtwoeke- g van klieren. De oppervlakkige laag geeft het typische beeld den uterus-catarrh; stroma-kernen nog slechts als slecht gerde fragmenten terug te vinden; overstrooming met leukocyten.	20 Maart '93, abrasio mucosae. — cauteris. met chloorz. 5 maal.	20 Maart hersteld ontsl gen. — Laatste onderzoe Juni '93. Laatste 2 ma zonder pijnen gemenstr eerd.

TABEL II.

INDIRECTE SYMPTOMEN OP DEN VOORGROND.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Hoofdklachten.	Menstruatie.	Afscheiding.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruati phase op l tijdstip de abrasio.
79	15	36	Virgo	*Psychische gedrukt-heid.*	Versterkt.	Sero-sanguinolent. (Geen erosies).	Retroversio uteri.	**Vlak vóó menstruatie.**
80	28	34	Virgo	*Ontstemming, vermoeidheid rug- en buikpijn.*	Normaal.	Mukeuze afscheiding; (weinig erosies).		**Halverwe tusschen tı menstruatie-rioden.**
81	79	39	Virgo	*Vermoeidheid en hevige rugpijn sedert 2 jaar.*	Geen afwijking.	Weinig mukeuze afscheiding.	Uterus in lateroversio dextra.	Kort na afl der laatste m struatie.
82	96	19	Virgo	*Dofheid en slaperigheid.*	Vroeger overvloedig, nu spaarzaam.	Niet waargenomen.		
83	140	33	Virgo	*Maagpijn, vermoeidheid, lenden- en rugpijn.*	Ongeregeld, spaarzaam.	Dikke, purulente afscheiding (enkele erosies).		Drie dagen afloop der m struatie.
84	147	23	Virgo	*Nerveusheid. Gevoel van zwaarte en congestie in 't kleine bekken. Frequente urineloozing met tenesmi.*	Tijdens de periode geen last van frequent urineeren.	Weinig fluor.		**Halverwe tusschen tı menstruatie-rioden.**
85	194	36	Virgo	*Vermoeidheid, algemeen gevoel van zwakte. Reeds vijf dagen vóór de periode misselijkheid, hoofdpijn, brandende pijn in den rug, pijn in armen en beenen. Voortdurend zwaarte in den onderbuik en drang tot urineeren.*	Anteponeerend, spaarzaam, pijnlijk.	Fluor (polypen).		Abrasio nà de men atie.

Mikroskopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
Slijmvlies vrij belangrijk verdikt, vooral afhankelijk van ver-ardering van 't interstitieele weefsel. Klieren op sommige plekken nigszins verwijd. (Slecht geconserveerd praeparaat.)	Abrasio mucosae 6, I, 90. — Cauterisatie met chloorzink. Juli '90, Thomas pess.	Ontslagen 29 Jan. '90. Algemeene symptomen niet verbeterd. Psychische depressie. — Ofschoon de plaatselijke toestand niets te wenschen overlaat, schrijft P. al hare krachten toe aan het pessarium.
Interstitieel weefsel zeer celrijk. Geen verandering aan de klieren. ier en daar bloedingen in 't weefsel. Op één plek coagulatie-nekrose n 't oppervlakte-epitheel dat door een bloed-coagulum is opgelicht. echt geconserveerd praeparaat.	Abrasio mucosae 28, II, 90. — Cauterisatie met chloorzink 5 maal.	Ontslagen 28 Maart '90. Toestand niet veel verbeterd. Plaatselijke afwijkingen niet meer aanwezig, behoudens eene conglutinatie van het ost. ext. die in Juni '92 optrad, en na verwijding met laminaria en irrigatie van het cavum uteri, nu volkomen hersteld is
Slijmvlies belangrijk verdikt; weinig verandering aan de klieren. el kerndeelingsfiguren in stroma. klier- en oppervlakte-epitheel. langrijke hyaline degeneratie van den wand der kleine arteries.	Abrasio mucosae 2 Oct. '90, 5 maal cauterisatie met T. Jodii.	26 Oct. '90 hersteld ontslagen. Sedert geen bericht.
Slijmvlies niet verdikt. Dicht onder de oppervlakte sterke imbitie met bloed. In de diepere lagen atrophie van 't stroma, schromling, dichtwoekering van klieren, sluiting van vaten.	Hydrotherapie, massage, faradisatie, daarna abrasio mucosae Dec. 90	Toestand veel verbeterd. Sinds ontslag geen berichten. 10 Febr. '91 ontslagen.
Smalle weefselstukjes; klieren spaarzaam; met kleine cellen en ade, kleine, gelijkmatig gekleurde kernen. Interstitieel weefsel schrompeld; kernen meerendeels smal, donker gekleurd, onregeltig van vorm. Zwelling van endotheel-kernen. Sluiting van kleine teries. Oppervlakte-epitheel atrophisch, afgeplat.	Abrasio mucosae 13, V, '90. Cauterisatie met Ichthyol 4 maal.	14, VI, 91. Hersteld ontslagen. Laatste onderzoek Mei '93. Vrij profuse purulente afscheiding. Roodheid en zwelling van de vagina. Vaginaal irrigatie met 1°/₀ chloorz., nu hersteld.
lijmvlies verdikt. Klieren niet verwijd. Kernrijk stroma. Enkele tjes in de diepte hebben gezwollen wanden.	Abrasio mucosae 10 Juni '91, na voorafgegane langdurige behandeling met Tinct. jodii, en ook met galv. stroom. — Cauterisatie met Ichthyol 3 maal.	Na aanvankelijke beterschap, weldra sterk op den voorgrond tredende blaasverschijnselen die in Dec. eene dilitatie van de urethra noodzakelijk maakte. Sedert laatste operatie belangrijke verbetering, ook wat de verwijderde symptomen betreft.
Kleine stukjes, arm aan klieren. Stroma vrij dicht; celkernen r en daar groot, rond; op de meeste plekken smal en spoelvor-g. Belangrijke uitzetting van vaten met hyaline zwelling van atwanden. Waar dit proces verder gevorderd is, zijn de lumina eel gesloten, en is ook de omgeving der vaten in hyaline zwelg overgegaan. Op andere plekken weefselversmelting, door overoming met ettercellen.	Na langdurige ambulat. behand. abrasio mucosae 30 Dec. '91. — 8 maal cauterisatie met chloorzink.	Toestand aanvankelijk weinig verbeterd. Steeds algemeene, nerveuze klachten. — Sedert Juli '93 algemeene toestand veel gunstiger.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Hoofdklachten.	Menstruatie.	Afscheiding.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruaxis phase tijdens de abrasie.
86	204	40	Virgo	*Maagstoornissen. (pijn, misselijkheid, braken). Hoofdpijnen. Gevoel van zwaarte in 't kleine bekken. Pijn in de linkerzijde van den buik.*		Muco-purulente en sanguinolente vloeistof.	De verschijnselen zijn opgetreden nà roodvonk voor 6 jaar.	Halverweg tusschen tw menstruatie-perioden.
87	231	32	Virgo	*Psychische depressie.*	Spaarzaam, met krampen. Soms lipothymia, nu en dan gepaard met uitstooting van „velletjes".	Muceuse afscheiding. Geen erosies.	Retroversio uteri.	Halverweg tusschen tw menstruatie-perioden.
88	280	42	Virgo	*Onwillekeurige urine-loozing. Pijn in de linkerzijde van den buik.*	Geen afwijking.	Muco-purulente afscheiding.	Retroversio uteri. Parametritis chronica sinistra.	?
89	107	40	0	*Gedruktheid, vermoeidheid, rug- en lendenpijn.*	Geregeld, maar pijnlijk.	Fluor albus. (erosies).		
90	210	38	0	*Maagstoornissen. [illegible] buik- en rugpijnen.*	Regelmatig, niet profuus, met hevige stekende pijnen in buik en rug.	Purulente afscheiding (erosies).		Halverwe tusschen t menstruatie perioden.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	Onregelmatig, postponeerend.	Muco-purulente fluor, [illegible] door patiente bemerkt.	Gonorrhoe niet onmogelijk.	Kort na loop der m struatie.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Steeds [illegible]	Mucopurulente fluor [illegible]	Reeds vóór de zwangerschap wegens endometritis behandeld.	Halverw tusschen menstruati perioden.

Mikroscopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
ijmvlies belangrijk verdikt. Kolossale overvulling van capillai- en venen. Sterke hyaline zwelling en verdikking der arterie-aden. Aan 't endotheel der capillairen geen verandering. Klieren t atrophisch; stroma vast, uit spoelvormige cellen bestaande. Op amige plekken fijne totale klier-atrophie bij overstrooming met ercellen.	Abrasio mucosae 8 Febr. '92. 9 maal cauteris. m. chloorzink. Van 25 Mrt. tot 26 April Weir-Mitchell kuur gewijzigd.	Volkomen hersteld. Laatste onderzoek 29 Apr. '93.
Kleine stukjes, die tweeërlei beeld geven: 1. Gedeelten, die er bij zwakke vergrooting vrij normaal uitzien; eren vrij nauw, niet in aantal vermeerderd. Bij sterke vergrooting blijkt zwelling van endotheel in de capillaren en kleine arte-s, bloedingen in 't weefsel. Hier en daar binnengroeien van 't idweefsel in de klieren. Hier en daar weefselschrompeling. 2. Sommige plekken overstroomt met leukocyten; stroma-kernen rbleekt of te gronde gegaan; klieren verdwenen; hier en daar rdt het etterinfiltraat geleidelijk vervangen door kleincellig fibril-r bindweefsel.	Abrasio mucosae 17 Jan. '92. — 2 maal cauteris. met chloorzink en 3 maal met T. Jodii. 16 Febr. Repositie v.d. uterus: Thom. pess. No. 7.	Algemeene toestand zeer bevredigend. Laatste onderzoek 5 Juli '93. Uterus in anteversie. Geen fluor. Menses geregeld. Nu en dan pijn in de lendestreek.
Geen verdikking van 't slijmvlies. Geen vermeerdering, verwijng of abnormale slingering van klierbuizen. Wel op vele plaatsen meerlagig klier-epitheel. Stroma over 't geheel vrij vast en rijk: hier en daar ettercellen in 't weefsel; enkele plekjes zijn terlijk van ettercellen overstroomd, waardoor etterige versmelting n klier-epitheel. Andere plekjes vertoonen weefselschrompeling. eding in 't weefsel. Geen exquisite vaatveranderingen.	Abrasio mucosae 29 Sept. '92. 2 maal cauteris. m. chloorzink en 3 maal met T. Jodii. 25 Oct. Hodge pess. 7½.	26 October hersteld ontslagen. Laatste onderzoek 17 Juni '93, Coccygodynie, stoornissen in de urineloozing volkomen verdwenen.
Klieren normaal. Stroma celrijk. Veel leukocyten in 't weefsel rspreid; hier en daar in groepjes; enkele in 't oppervlakte-epi-el. Onder 't epitheel hier en daar bloed-infiltratie. Circumscripte edingen meer in de diepte. Op enkele plekjes verdichting en rompeling van 't interstitieele weefsel.	Abrasio mucosae 12 Jan. '91. Cauteris. met Ichthyol 6 maal.	18 Febr. '91, volkomen hersteld ontslagen. Laatste onderzoek Juli '93.
ijmvlies niet verdikt. Klierveranderingen weinig typisch; hier daar wat verwijding en slingering; op sommige plaatsen in de eren meerdere epitheel-lagen. Klieren gekenmerkt door 't ontbrea of door gebrekkige ontwikkeling van de concentrische bindefsellaag. Stroma-kernen deels groot en rond; deels veel kleiner, regelmatig van vorm, sterk gekleurd. Overal veel leukocyten in stroma, ten deele met gefragmenteerde kernen; hier en daar in epjes bijéén. Op sommige plekken bloedimbibitie. Lumina der illaren meerendeels goed geopend; hier en daar lichte zwelling endotheel-kernen; op enkele plekken beginnende weefselschroming; nergens exquisite.	Abrasio mucosae 25 Mrt. '92. 5 maal cauter. met chloorz.	20 April '92, volkomen hersteld ontslagen. Laatste onderzoek 24 Juni '92.
ijmvlies niet verdikt; klieren niet verwijd of vermeerderd, hier daar wat geslingerd. Stroma celrijk, soms uitéengedrongen door umscripte bloedingen, elders gelijkmatige imbibitie met bloed. de diepe lagen zijn de kernen smaller, spoelvormig, opéengengen. Hier en daar zwelling van endotheel-kernen in de capil-n en verwijde kleine venen. Overal veel leukocyten in 't weefsel verspreid, op sommige plekjes talrijk, dat het nomale stroma tot vernietiging wordt gebracht.	Abrasio mucosae 27 Mei '92. 6 maal cauter. met chloorzink anterophoren; 2 maal m. T. Jodii.	25 Juni hersteld ontslagen. Na een jaar klachten over rug- en lendenpijn, en profuse leucorrhoea (specifica). Cauter. met chloorzink. Wordt nu en dan nog poliklinisch behandeld.
ijmvlies zeer vast. Stroma-kernen klein, meest langwerpig of spoelvormig; dicht opéen gedrongen; daartusschen zeer vele cellen; deels leukocyten met gefragmenteerde kernen. Klieren gens hypertrophisch; epitheelcellen klein en op elkaar gedron-. Kleine arteries hier en daar met verdikten wand; sommige ten. Eenige grootere arteries vertoonen beginnende hyalinelling. Waar de vaten gesloten zijn, is het weefsel geschrompeld; r en daar gedeeltelijke dichtwoekering van klieren.	Gedurende 14 dagen gewijzigde Weir-Mitchell-kuur. 24 Oct. '92 abrasio, 7 maal cauterisatie met chloorz. 5%. 1 maal met T. Jodii.	29 Nov. hersteld ontslagen. Plaatselijke en algemeene verschijnselen belangrijk verbeterd.

Volgnummer.	Register-nummer.	Leeftijd.	Aantal kinderen.	Hoofdklachten.	Menstruatie.	Afscheiding.	Bijzonderheden die van beteekenis zijn voor de aetiologie.	Menstruati phase op tijdstip d abrasio.
93	75	28	II	*Psychische gedruktheid en nerveuse pijnen op verschillende plaatsen.*	Anteponeerend, profuus.	Niet waargenomen (erosies).	Reeds vroeger wegens chron. endometritis poliklinisch behandeld.	Halverwe tusschen t menstruatie perioden.
94	104	37	II	*Sedert een jaar aanvallen van zwaarmoedigheid, rug en maagpijn.*	Geregeld.	Tamelijk sterke fluor (geen erosies).	Retroversio uteri.	Halverwe tusschen t menstruatie perioden.
95	181	37	III	*Migraine, vooral tijdens de menstruatie.*	Geen afwijking.	Muco-purulente afscheiding, (erosies; cervicaalcatarrh).		Abrasio vóor de m struatie.
96	118	37	II	*Hartkloppingen. Pijn in den onderbuik*	Geen afwijking.	Muco-purulente afscheiding, (erosies; cervicaalcatarrh).	Voor 4 jaar abortus; een jaar later molazwangerschap. Retroversio uteri.	Halverwe tusschen t menstruati perioden in
97	64	31	III	*Melancholische gemoedsgesteldheid, ondragelijke hoofdpijnen. Lenden en rugpijn.*	Geregeld.	Muceuse afscheiding (uitgebreide erosies; cervicaalcatarrh).		Halverw tusschen menstruati perioden.
98	239	40	III	*Nerveusheid, prikkelbaarheid, hoofdpijn. Palpitaties; kortademigheid na de minste lichaamsinspanning. Pijn spontaan en bij drukking in den achterwand der vagina.*	Bij laatste menstruatie uitstooting van „vellen".	Scherpe foetide fluor albus, die in de laatste 3 maanden belangrijk is toegenomen.	Fundus uteri naar links gefixeerd. Ringvormig lidteeken in de vagina, nabij de portio vag.	Een week 't optreden menstruati
99	129	30	V	*Hoofdpijnen, aanvallen van melancholie; hysterische toevallen met klonische krampen Rug- en lendenpijnen.*	Ongeregeld en pijnlijk.	Nu en dan fluor (geen erosies).	Uterus naar rechts gefixeerd.	Onmidde na afloop menstruati
100	232	40	V (4 maal abortus).	*Hoofd- en rugpijn. Buikpijn op een circumscript plekje links.*	Anteponeerend; vroeger sterk, nu spaarzaam, met uitstooting van vliesjes	Tusschentijds muco-purulente fluor albus. Onmiddellijk nà de periode verlies van bruinachtig vocht.		Halverw tusschen menstruati perioden.

Mikroskopische anatomie van het uitgekrabde slijmvlies.	Therapie.	Resultaten.
...mvlies belangrijk verdikt. Sterke klieruitzetting. Zwelling van ...theel-kernen in de capillairen. Hyaline-zwelling van den wand ...kleine arteries. Geen weefselschrompeling. Geen ontstekings-...chijnselen.	Abrasio mucosae 19, IX, 90. Chloorzink cauterisatie 6 maal.	2 Nov. '90 hersteld ontslagen. Indirecte symptomen na de currettage opgeheven; later wegens belangrijke fluor opnieuw gecurretteerd. (zie No. 18).
...mvlies niet verdikt. Stroma celrijk; meerendeels groote ronde ...n. Op andere plekken zwelling van den wand der kleine ar...s, schrompeling van 't stroma, bindweefselwoekering in de ...rlumina en kleine bloedingen in 't weefsel.	Abrasio mucosae 7, I, 91. Ichthyol cauteris. 5 maal. Hodge pess. 8.	31 Jan. '91 ontslagen. Klachten belangrijk verminderd. Vooral wat betreft de psychische symptomen. Nu en dan nog pijnen. Laatste onderzoek Juni '93.
...jmvlies niet verdikt. Stroma buitengewoon vast en celrijk. ...rnen meerendeels langwerpig rond. Op sommige plekken wat ...gelmatige verwijding en slingering van klieren. Elders bijna ...e klieratrophie; slechts hier en daar worden nog epitheel-resten ...'t stroma teruggevonden, dat hier uit smalle spoelvormige kernen ...aat, en veel leukocyten bevat met gefragmenteerde kernen. ...r en daar dichtgewoekerde arteries.	Abrasio mucosae 10 Nov. '91. 8 maal cauterisatie met chloorz.	5 December hersteld ontslagen. Volgens berichten zijn de hoofdpijnen belangrijk verminderd, vooral wat intensiteit betreft. Laatste brief 3 Juli '93.
...jmvlies niet verdikt; klieren niet verwijd, misschien iets in ...l vermeerderd. Stroma celrijk, kernen groot, langwerpig rond, ...aaid met leukocyten. Op één plek vrij belangrijke infiltratie ...kleine rondcellen. Elders plekjes met beginnende weefselschrom...ing; endotheelzwelling in kleine arteries; dichtgroeien van klieren.	26 Febr. '91 abrasio mucosae 4 maal cauterisatie met chloorz. Repositie Thomas pess. 8.	22 Maart hersteld ontslagen. Laatste onderzoek Juli '93. Palpitaties verdwenen.
...jmvlies matig verdikt. Verwijding van klieren met papillen-...ing. Het stroma bestaat grootendeels uit cellen met fraaie ronde ...en in eene korrelige grondsubstantie; enkele kleinkernige cel... zijn er tusschen gestrooid. Hier en daar eenige zwelling van ...llair-endotheliën; ook gesloten arteries. In de buurt cellen tal...r. kernen smaller, scherper gekleurd. Ook de klieren zien er ...ophisch uit.	Abrasio mucosae 26, VI, 90. Cauterisatie met chloorzink 6 maal.	21 Juli 90 volkomen hersteld ontslagen. Ongeveer 1 jaar na de operatie trad zwangerschap in, welke ongestoord verliep; evenzoo de baring en het kraambed.
...jmvlies niet verdikt. Geen klierwoekering. Sterke en vrij ge-...stige imbibitie met bloed. Schrompelingsprocessen in 't stroma ...dichtwoekeren van klieren. Geen typische vaatveranderingen.	Abrasio mucosae 8 Juli '92. 7 maal cauter. met chloorzink, 1 maal met Tinct. Jodii. Heete vaginaal douches en Ichthyol-glycer. tampons.	14 Augustus '92 hersteld ontslagen. Nerveusheid en prikkelbaarheid verbeterd; hoofdpijn, kortademigheid en palpitaties gebleven. Locale toestand volkomen bevredigend. Geen fluor meer. Vaginismus verdwenen. Laatste onderzoek Aug. '93.
...jmvlies niet verdikt. Stroma bestaat uit kleinkernige, dicht ...n gelegen cellen, klieren tamelijk nauw, misschien iets in ...al vermeerderd. Klier-epitheel regelmatig, uit ééne laag. Hier ...daar circumscripte kleine bloedingen. Eenige zwelling van 't ...theel der capillaren. Op een enkel plekje dichtwoekering van ...e arteries; weefselschrompeling met te gronde gaan van klier-...eel.	Heete douches en Ichthyol tampons van 1 tot 27 April '91, daarna abrasio mucosae; 4 maal gecauteriseerd met Ichthyol.	Hersteld ontslagen 14 Mei '91. Volgens laatste berichten toestand niet bevredigend.
...mvlies niet verdikt; klieren niet verwijd of vermeerderd; ...e en gelijkmatige bloedimbibitie van 't stroma; hier en daar ... in de klieren. Sterk gevulde en uitgezette kleine venae. ...r en daar verdikking van den wand der kleine arteries. Op ...mige plekken leukocyten in 't weefsel; elders plekjes waar 't ...a voor kleincellig bindweefsel heeft plaats gemaakt.	Abrasio mucosae 17 Juni '92. 5 maal cauter. met chloorzink.	14 Juli '92 volkomen hersteld ontslagen. Laatste onderzoek 7 Juni '93. Toestand bevredigend.

LITERATUUR.

1. Recamier. — Union médicale de Paris 1—8 Juni 1850.
2. Nélaton. — Gazette des hopitaux nº. 17, 1853.
3. Bischof. — Zeitschr. f. rationelle Medicin von Henle. Neue Folge 1854.
4. Ruge u. Veit. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol. Bd. 2 en 8.
5. Fischel. — ibid. Bd. 15, 16 en 18.
6. Thomas. — Diseases of Women. Philadelphia 1872.
7. Engelman. — Medicin. Jahrbücher v. Stricker 1873.
8. Ruge. — (Schroeder's Handbuch) en Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaec. Bd. 5.
9. Olshausen. — Archiv. f. Gynaecol. Bd. 8.
10. Emmet. — Americ. Journ. of Obstetrics 1874.
11. Klebs. — Handbuch der pathol. Anatomie 4te Lief. 1873.
12. Cornil. — Leçon sur les métrites. Journal des connaissances médicales. Avril 1880.
13. Möricke. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol. 1882.
14. Küstner. — Beiträge zur Lehre v. d. Endometritis. Jena. 1883.
15. Jacobi. — American Journal of Obstetrics 1885.
16. Bouton. — De la métrite chez les Vierges. Thèse de Paris. 1887.
17. de Sinéty. — Manuel de Gynaecologie 1886.
18. Mundé. — Minor Surgical Gynaecology. New-York 1885.
19. Hunter. — Endometr. fung.; its pathology, diagnosis and treatment. New-York. medical Record 25 April; Boston med. record 30 April 1886.
20. Grenser. — Ueber Endom. fungosa et polyposa. Centralbl. f. Gynaec. nº. 10, 1887.
21. Löhlein. — Ueber einige Formen der Endometr. Corpor. Berl. klin. Wochenschr. nº. 23, 24. 1887.
22. Meyer. — Zur Pathol. der chron. Entzünd. der Schleimh. des Uterus. Centralbl. f. Gyn. 1888.
23. Heitzmann. — Pathol. u. Therapie der nicht puerperalen Endometr. Centralbl. f. Gyn. 1888.
24. Heinricius. — Ueber die chron. hyperplas. Endometr. Arch. f. Gynaecol. Bd. 28.
25. Wyder. — Arch. f. Gynaec Bd. 13, 28 en Zeitschr. f. Geburts. und Gynaec. Bd. 9.
26. Paul Petit. — Nouvelles Archives d'obstétrie et de Gynaecologie nº. 5, 7 en 9 Anno 1889 en nº. 1 1890.
27. Carl Schröder. — Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. (Ziemssen's Handbuch).
28. Doléris. — Nouvelles Archives d'obst. et de Gynaec. 1887.
29. Kahlert. — Hegar's Festschrift 1889.
30. Léopold. — Arch. f. Gynaecol. Bd. 11.
31. Schultze. — Centralbl. f. Gynaecol. 1889.
32. Stratz. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol. Bd. XVIII.
33. Treub. — Leerboek der Gynaecologie.
34. Schmal. — Over de pathologische anatomie v/h endometrium. Diss. Leiden 1890.
35. Klein. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol. Bd. 22.
36. Winter. — Centralbl. f. Gynaecologie 1890.
37. Noeggerath. — Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht.

38. Falck. — Berlin. med. Geselschaft. 22 Oct. '90.
39. Quénu. — Societé de chirurgie Octob. 1890.
40. Segond. „ „ „
41. Reynier. „ „ „
42. Polaillon. „ „ „
43. Routier. „ „ „
44. Veit. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol. Bd.XIII.
45. Richelot. Endométrite et Curage. Annalen de Gynaecol. Oct. 1890.
46. Brennecke. — Zur Aetiologie der Endometritis. Arch. f. Gynaecol. Bd. 20.
47. Pozzi. — Traité de Gynaecol. 2de Edition 1892.
48. Landau en Abel. — Arch. f. Gynaecologie. Bd. 34.
49. Düvelius. — Zur Chlorzinkanwendung. Centralbl. f. Gyn. nº. 46, 1892.
50. Boldt. — Beitrag zur Kentniss der normalen Gebärm. Schleimh. Deutsche medic. Wochenschr. 1890.
51. Uter. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaecol. Bd. 15. Heft 2.

VERKLARING DER AFBEELDINGEN.

Fig. 1. Uterus-slijmvlies in het begin-stadium van catarrhale ontsteking. Leitz obj. 7.
a. oppervlakte-epitheel, uit meerdere lagen bestaande.
b. trilharen.
c. stroma-kernen.
d. endotheel-kernen der capillaria.
e. leucocyten, in het stroma verspreid.
e'. leucocyten binnen het oppervlakte-epitheel.

Fig. 2. Uterus-slijmvlies in het tweede stadium van catarrhale ontsteking. Leitz obj. 7.
a. oppervlakte-epitheel.
b. stroma, dat sterke infiltratie met leucocyten vertoont.
c. eenige leucocyten, die zich, tusschen de epitheel-cellen door, den weg naar 't lumen banen.

Fig. 3. Uterus-slijmvlies in het derde stadium van catarrhale ontsteking. Leitz, obj. 7. Leucocyten met gefragmenteerde kernen overstroomen het grondweefsel; van de stroma-kernen zijn nog slechts half nekrotische resten te zien.

Fig. 4. Etterige versmelting van klierweefsel bij de catarrhale endometritis. Leitz, obj. 7.
b. klier-epitheel.
a. stroma-kernen.
c. leucocyten met gefragmenteerde kernen die den epitheel-wand der klier verbreken en in het lumen binnendringen.

Fig. 5. Vernietiging van klierweefsel door druk-atrophie. Dwarse doorsnede door een klier, welker lumen geheel met een exsudaat is gevuld. Leitz, obj. 7.
d. exsudaat, dat bij
c. tusschen de kliercellen is binnengedrongen.
b. epitheel-cellen, die naar rechts door 't exsudaat zijn platgedrukt.
a. stroma-kernen.
d'. kleincellig fibrillair bindweefsel, door organisatie van het exsudaat *d* ontstaan.

Fig. 6. Aspect van het 3de stadium der catarrhale endometritis bij zwakke vergrooting. Leitz, obj. 3.
a. stroma.
b. kleine arteries.
c. met leucocyten volgepropte klier-lumina.
Fig. 7. Normaal siijmvlies, door dezelfde curettage verkregen als fig. 6.
Fig. 8. Kleincellig fibrillair bindweefsel, dat het eind-stadium vormt der catarrhale endometritis. Ontleend aan fig. 6. Leitz obj. 7.
Fig. 9. Normaal stroma van het uterus-slijmvlies. Ontleend aan fig. 7. Leitz, obj. 7.
Fig. 10. Uterus-slijmvlies, wegens bloedingen post abortum gecuretteerd. De bovenste laag vertoont catarrhale ontsteking, de onderste klier-hyperplasie. Leitz, obj. 3.
a. oppervlakte der mucosa, zonder epitheel-bekleeding.
b. ontstoken stroma.
c. normaal stroma.
d. hyperplastische klieren.
d'. hyperplastische klieren op de grens van 't ontstoken en 't hyperplastische gedeelte.
e. uitgezette venen.
Fig. 11. Ontstoken slijmvlies, met belangrijke hyaline degeneratie van vaatwanden. Leitz, obj. 3.
a. geïnfiltreerde plekken.
b. dwarse doorsneden van klieren.
b'. doorsnede door een klier, welker epitheel-wand gedeeltelijk te gronde is gegaan.
c. lumina van vaten, wier wanden sterke hyaline degeneratie vertoonen.
Fig. 12. Vaatwanden met hyaline degeneratie bij zwakke vergrooting. Leitz, obj. 3.
Eig. 13. Vat uit fig. 12 bij sterke vergrooting. De sterk gewoekerde intima vertoont belangrijke hyaline degeneratie. Leitz, obj. 7.
Fig. 14. Vat met hyaline degeneratie, omringd door nekrotisch stroma. Leitz, obj. 7.
Fig. 15. Hyperplasia mucosae uteri Leitz, obj. 3.
Fig. 16. Dwarse doorsnede door een klier, welker epitheel-bekleeding uit meerdere lagen bestaat. Leitz, obj. 7.
a. klier-epitheel.
b. kerndeelingsfiguur in 't klier-epitheel.
c. concentrisch gerangschikte stroma-kernen.
Fig. 17. Oppervlakte-epitheel uit meerdere lagen. Leitz, obj. 7.
Fig. 18. Uterus-slijmvlies met ijl stroma en bochtige klieren. Leitz, obj. 7.
k. klieren.
s. stroma.
Fig. 19. Uterus-slijmvlies met compact stroma en nauwe klieren. Leitz, obj. 3.
k. klieren.
s. stroma.
a. arterien.
Fig. 20. Dwarse doorsnede door een bochtige klier met meerlagig epitheel, waartusschen smalle stroma-cellen zich een weg banen naar het lumen. Leitz, obj. 7.
a. klier-epitheel.
b. kerndeelingsfiguur in 't klier-epitheel.
c. concentrisch gerangschikte stroma-kernen.
c'. stroma-kernen, die zich tusschen de kliercellen door een weg banen naar 't lumen.
Fig. 21. Het ijle stroma van fig. 18 bij sterke vergrooting. Leitz, olie-immersie $^1/_{12}$.
a. stroma-cellen.
b. mitosen in 't stroma.
c. korrelige grond-substantie.
Fig. 22. Bloeding in het uterus-lumen bij intact oppervlakte-epitheel. Leitz, obj. 7.
e. oppervlakte-epitheel.
b. bloedlichaampjes.
a. stroma-cellen.
e'. epitheel-cellen, die voor de bloedsdrukking uitwijken.

l. leucocyten.

Fig. 23. Woekering van endotheel-kernen der capillaria bij de hyperplasia mucosae uteri. Leitz, olie-immersie $^1/_{12}$.

a. klier-lumen.
b. klier-epitheel-cellen.
c. stroma-kernen.
d. gezwollen endotheel-kernen in de capillaria.

Fig. 24. en 27. Sluiting van vaat-lumina door zwelling van endotheel-kernen.

Fig. 25 en 26. Kerndeelingsfiguren in vaatwanden. Leitz, olie-immersie $^1/_{12}$.

k. kerndeelingsfiguren.
e. gezwollen endotheel-kernen.
s. spierkernen.
r. roode bloedcellen buiten het lumen.

Fig. 28. Spoelvormige stroma-kernen. Leitz, olie-immersie $^1/_{12}$.

Fig. 29. Vernietiging van klieren door bindweefselwoekering. Leitz, obj. 7.

a. kliercellen.
c. woekerende stroma-cellen.

Fig. 30. Nekrotische bindweefselkernen, die de plaats van een vernietigde klier innemen.

Fig. 31. Uterus-slijmvlies, gecuretteerd wegens retentie van decidua-weefsel. Leitz, obj. 7.

a. klier-epitheel-cellen.
b. celrijk, kleincellig stroma.
c. exsudaat binnen het klier-lumen.
d. decidua-cellen.
e. leucocyten tusschen de decidua-cellen.

EEN NIEUWE METHODE VAN BEHANDELING BIJ PLACENTA PRAEVIA.

DOOR

G. C. NIJHOFF. [1])

Wanneer ik het waag om een nieuwe behandeling voor te stellen bij placenta praevia, dan schep ik den moed hiertoe uit de overtuiging, dat de thans meest gebruikelijke wijzen van handelen, geen van alle zóó voldoende mogen geacht worden, dat nieuwe methoden zelfs geen overweging, zouden verdienen.

De gevaren, die bij placenta praevia dreigen, behoef ik slechts aan te stippen. Het leven van de vrucht wordt bedreigd door de loslating der placenta, met de daarop noodzakelijk volgende stoornis in de foetale gaswisseling, zoodat het kind aan asphyxie en (in den regel) niet aan verbloeding sterft. Het leven der vrouw wordt bedreigd door de bloeding uit de vaten van den uterus-wand.

Wanneer de placenta voor het grootste gedeelte in het onderste baarmoeder-segment is vastgehecht, zullen bij placenta praevia centralis gedurende de laatste maanden der zwangerschap [2]), bij placenta praevia lateralis wellicht eerst kort vóór, of in het begin van de baring de zoo heftige en gevaarlijke bloedingen optreden, die menige vrouw vóór de verlossing deden doodbloeden. Deze bloedingen berusten op loslating der placenta en deze loslating op hare beurt weder daarop, dat de placenta als deel van den wand van het ei niet in staat is de rekking te volgen, die het onderste baarmoedersegment, later de omtrek van den inwendigen baarmoedermond, gedurende het ontsluitingstijdperk ondergaat. De bloeding is bij placenta praevia *fataal*, zij is niet te voorkomen. Slechts onder twee omstandigheden blijft zij uit: 1°. Wanneer na het afsterven van het ei een uitgebreide obliteratie der vaten, ook van den baarmoederwand is tot stand gekomen, 2°. wanneer eene placenta praevia lateralis met den baarmoederwand zóó vast vergroeid is,

[1]) Het geval is medegedeeld en de methode is besproken in de vergadering der Ned. Gynaecologische Vereeniging van 10 Maart 1894.

[2]) Of reeds vroeger, daar zeer dikwijls abortus en partus immaturus door placenta praevia veroorzaakt worden.

dat de ontsluiting slechts ten koste van den vrijen omtrek van den baarmoedermond tot stand komt [1]).

Wanneer bij het openen van den inwendigen baarmoedermond (de canalisatie van het onderste baarmoeder-segment) de placenta loslaat, worden de dunwandige, moederlijke bloedvaten in de spongieuse laag der placenta verscheurd (Berry Hart [2]) en herhaalt zich de hierdoor veroorzaakte bloeding telkenmale, wanneer meer ontsluiting tot grootere loslating aanleiding geeft. De bloeding houdt eerst op, wanneer de bloedvaten samenvallen of door compressie gesloten worden. In hoeverre de baarmoederwand in staat is door actieve samentrekking op de van placenta ontbloote plaatsen, de vaten dicht te drukken maakt een punt van geschil uit. Terwijl aan den eenen kant (Barnes [2]) wordt beweerd, dat de bloeding ophoudt zoodra slechts over den geheelen omtrek de placenta is losgemaakt, en dus het lospellen der placenta van den inwendigen baarmoedermond uit, wordt aanbevolen, ten minste niet afgekeurd, wordt daartegenover (Berry Hart [2]) ontkend, dat zulks mogelijk is en Simpson's methode om vóór alles de placenta los te maken als irrationeel verworpen. In ieder geval zijn allen het eens over het feit, dat de bloeding bij placenta praevia, hetzij deze zich reeds tijdens de zwangerschap vertoonde, hetzij zij voor het eerst tijdens de baring optrad, met elke nieuwe ontsluitingswee sterker wordt, om eerst op te houden òf wanneer — hetzij langs natuurlijken, hetzij langs kunstmatigen weg — een voldoende drukking op de vaten wordt uitgeoefend, òf wanneer met het termineeren der baring de oorzaak der bloeding ophoudt, òf wanneer verbloeding aan het leven der vrouw een einde heeft gemaakt.

De behandeling van placenta praevia moet op deze feiten berusten. Zij moet ten doel hebben òf tijdens de ontsluiting een voldoende drukking op de geopende bloedvaten uit te oefenen, òf de baring zoodanig te bespoedigen, dat deze afloopt zonder groot nadeel voor de vrouw. Eerst in de tweede plaats mag daarbij het leven van het kind in aanmerking komen, zonder dat men daarom het recht heeft, het al of niet levend geboren worden van de vrucht als een *weinig* beteekenenden factor te beschouwen.

In hoeverre voldoen nu de meest gebruikelijke wijzen van behandeling aan deze eischen?

Tot het jaar 1882 was de meest gebruikelijke wijze van handelen het termineeren der baring zoodra dit mogelijk was. Kon dit nog niet geschieden dan werd getamponneerd. Lag het hoofd voor en

---

[1]) Scanzoni. Geburtshülfe IVe Aufl. 1867. Bd. II, S. 101.

[2]) Comptes rendus du 1r Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstetrique. Bruxelles 1892. 3e dag.

had men met eene placenta praevia lateralis te doen, dan werden niet zelden de vliezen gebroken, terwijl door sommigen de placenta in den omtrek van den inwendigen baarmoedermond werd losgepeld.

Het *vroegtijdig termineeren der baring* heeft ongetwijfeld in een groot aantal gevallen schitterende resultaten gegeven. Het is bij placenta praevia dikwijls mogelijk om reeds bij weinige centimeters ontsluiting met de hand door het halskanaal heen te gaan, de vliezen te breken, te keeren en de vrucht door extractie te ontwikkelen. Niet zelden is toch de baarmoederhals zeer week en rekbaar, zoodat het gelukt om langzamerhand de hand in te brengen, waar oorspronkelijk slechts voor een paar vingers plaats was. Daarnaast komen evenwel ook gevallen voor, en dit is wel de bedenkelijkste complicatie, die bij placenta praevia kan bestaan, waar onrekbaarheid van den baarmoederhals eigenlijk elke therapie in den weg staat, die direct tegen de bloeding gericht is. Maar menigeen heeft ook bij een weeken baarmoederhals reden gehad, om de snelle behandeling te betreuren. Niet altijd is een *weeke* baarmoederhals tevens *rekbaar*. Niet zelden scheurt zij in en ontstaan bedenkelijke cervix-rupturen. Niet zelden ook volgt op een kunstmatig versnelden partus eene *atonische nabloeding*, die de vrouw van haar laatste beschikbare hoeveelheid bloed berooft.

Het tamponneeren der scheede, hetzij dit met den kolpeurynter, hetzij dit met watten of gaas geschiedt, is een middel, dat in het begin der baring bijna onmisbaar, maar later onvoldoende is. Het bezwaar, dat zoovele vrouwen na tamponnade aan sepsis sterven, moge theoretisch weerlegd worden met de opmerking, dat men dan maar aseptisch tamponneeren moet, maar bestaat nog steeds. Van de anti- en asepsis geldt immers nog altijd: *„peccatur intra muros et extra”*. Ongevaarlijk wanneer alle voorzorgen in acht genomen worden, kan zij als een entproef beschouwd worden, wanneer met den tampon smetstoffen worden ingebracht of van buiten naar binnen verplaatst. Zwaarder weegt m. i. het bezwaar dat de tamponnade onvoldoende is en onvoldoende *moet zijn* gedurende het ontsluitingstijdperk. Bij bloedingen in de zwangerschap, bij bloedingen zoolang het ostium uteri nog gesloten is, kan de tampon op de vaten blijven drukken zoolang hij ligt; neemt echter de ontsluiting toe, dan verschuift de onderlaag waarop de tampon rust, verscheuren vaten, die door den tampon niet gedrukt worden en werkt de toenemende intra-uterine drukking sterker dan de in de vagina liggende tampon of kolpeurynter. Bij geen of weinig ontsluiting, matige bloeding, zwakke weeën is en blijft echter de vaginaaltampon een geindiceerd hulpmiddel, dat echter de grootste zorgvuldigheid vereischt.

Het *breken der vliezen* heeft ook menigmaal geholpen. Het helpt op verschillende wijzen. In de eerste plaats zal de reeds losgemaakte placentairlob na het breken der vliezen beter met den baarmoederwand mede kunnen gaan en geraakt de placenta dus over een kleinere oppervlakte los, worden daardoor minder bloedvaten geopend. In de tweede plaats zal na het breken der vliezen een voorliggend hoofd kunnen indalen en als intra-uterine tampon de placenta tegen den baarmoederwand kunnen aandrukken. In de derde plaats zal na het breken der vliezen dikwijls de kracht en de frequentie der weeën toenemen en daardoor het einde der baring langs natuurlijken weg verhaast kunnen worden, zonder dat voor cervix-rupturen of atonische nabloeding zoo groote vrees behoeft te bestaan als bij het accouchement forcé [1]). De indicatie tot het breken der vliezen is echter beperkt. Bij placenta praevia centralis komt het als uitsluitend middel niet in aanmerking. De ontsluiting moet reeds een zekere grootte (3—4 c.m.) bereikt hebben voordat men er toe mag overgaan; het hoofd moet voorliggen wil men op den intra-uterinen tampon als zoodanig kunnen rekenen en tevens moeten de weeën behoorlijk krachtig zijn. In dit laatste ligt juist het grootste bezwaar. Het is algemeen bekend, dat juist bij placentia praevia zoo dikwijls in het onsluitingstijdperk weeënzwakte bestaat. Breekt men nu de vliezen, dan ontbreekt de tegendruk van het ei, en heeft men zich voor het tamponneeren der scheede den pas afgesneden. Immers bij een slappe baarmoeder en gebroken vliezen kan door den tampon geen behoorlijke drukking meer worden uitgeoefend, kan hij wèl het uitstroomen van het bloed uit de baarmoeder beletten, maar niet verhinderen, dat een inwendige bloeding ontstaat.

Het *losmaken der placenta in den omtrek van den inwendigen baarmoedermond* heeft zich buiten Engeland nooit in een groote populariteit mogen verheugen al werd het door Simpson aanbevolen.

Het jaar 1882 bracht in de behandeling der placenta praevia een ommekeer, door de mededeeling der gunstige resultaten, bij placenta praevia in de Berlijnsche klinieken en poliklinieken verkregen met de reeds in 1860 door Braxton Hicks [2]) aanbevolen methode. Zooals bekend is werd door Braxton Hicks voor nagenoeg alle gevallen, waarin keering noodzakelijk is, aangeraden om met een of twee vingers het voorliggende deel op te schuiven, terwijl met de andere op den buik der vrouw gelegde hand het begeerde deel naar den bekkeningang werd gedrukt. Wanneer de

[1]) Immers als zoodanig moet elke versie en extractie bij een betrekkelijk geringe ontsluiting beschouwd worden.

[2]) Lancet 1860.

omdraaiing dan zóó ver was gevorderd, dat een voet kon worden bereikt of een knie kon worden aangehaakt, dan werd deze afgehaald en was een lengteligging verkregen [1]). Bij placenta praevia werd deze z.g. bipolaire versie reeds in 1876 door Schroeder [2]) beschreven en vooral voor placenta praevia lateralis geschikt geacht, terwijl zij door A. Martin als „opération de choix" werd aanbevolen [3]). Aan zijn handleiding is de volgende beschrijving ontleend:

„Liegt bei Placenta praevia lateralis nicht der Kopf vor, so „macht man sofort die combinirte Wendung. Dieses Verfahren hat „man auch einzuschlagen bei der Placenta praevia centralis, zu „welcher Zeit der Schwangerschaft auch immer die Blutung auftritt, „ebenso wenn etwa die Geburt schon begonnen hat und wie immer „bei dieser die Frucht gelagert ist. Ist in solchem Falle der Cer„vix nicht durchgängig, so erweitert man ihn vorher für 1—2 „Finger. Als besondere Vortheile einer so geleiteten Therapie müs„sen angesehen werden, dass man nach Herableitung eines Fusses „an diesem jede Zeit eine bequeme Handhabe hat, die Blutung „durch das Hereinziehen der Hüfte in das untere Uterinsegment „zu stillen. Diese Hüfte füllt dasselbe derart aus, dass die blutende „Fläche dadurch comprimirt wird. Durch die frühzeitige Ausführung „der combinirten Wendung beugt man der Anämie vor, da man „sehr frühzeitig schon das unzweifelhaft wirksamste Mittel gegen die „Blutung bei Placenta praevia, nämlich die Entleerung des Uterus „anbahnt. Sodann umgeht man alle Gefahren, welche trotz aller „antiseptischen Cautelen die Tamponade mit sich bringt. Da es „sich bei Placenta praevia vorwiegend um Pluriparen handelt und bei „diesen in den letzten Schwangerschaftsmonaten fast immer 2 Fin„ger leicht durch den Cervix hindurchzubringen sind, so wird die „combinirte Wendung mit Sprengung der Blase und Herableitung „des Fusses in der Regel ohne Schwierigkeit ausführbar sein. Die„ses Verfahren ist gewiss leichter und minder gefährlich als das „Accouchement forcé, das nur zu oft bedenkliche Einrisse in den „Cervix verursacht, welche dann in der Nachgeburtsperiode zu „unstillbaren Blutungen führen".

Door Martin werd aanbevolen om de placenta aan de zijde waar de voeten liggen los te pellen. „Man trennt die Placenta ab, „indem man mit kurzen sägeförmigen Bewegungen die Vola des „oder der in den Cervix eingebrachten Finger an den Uteruswan„dungen zwischen diesen und der Placenta vordrängt. Sobald man „die Eihäute erreicht, sprengt man die Blase".

---

[1]) Volgens de beschrijving der methode in Charpentier's Traité des acc.
[2]) *Lehrbuch* 5e aufl.
[3]) Leitfaden der operativen Geburtshülfe 1877, S. 198.

Dat eerst van het jaar 1882 en niet van vroeger de ommekeer in de behandeling van placenta praevia dateert, kan gedeeltelijk liggen aan het afkeurend oordeel door verschillende autoriteiten o. a. Spiegelberg [1]) uitgesproken; hoofdzakelijk moet dit wel worden toegeschreven aan de werkelijk verrassende resultaten die in 1882 door Hofmeier en door Behm werden bekend gemaakt. De statistieken, onmiddellijk vóór hen gepubliceerd, gaven zonder uitzondering zoowel voor de moeder als voor het kind ongunstige cijfers.

King [2]) constateerde bij 240 moeders 54 sterfgevallen d. i. 22.5°/₀, terwijl van 236 kinderen 137 = 57.2°/₀ stierven. 73 maal was de zitplaats der placenta lateraal met 13 doode moeders en 30 doode kinderen, terwijl 146 maal placenta praevia centralis werd beschreven met 40 gestorven moeders en 107 doode kinderen. *Zonder behandeling* stierven van 33 moeders 10 = 33°/₀, van 33 kinderen 19 = 58°/₀.

Na het *breken der vliezen* bij plac. pr. lateralis stierven van 24 moeders 2 = 8°/₀ en 10 kinderen = 42°/₀. Na het losmaken der placenta was de mortaliteit der moeders 18°/₀ die der kinderen 77°/₀.

Krassowski [3]) had in 37 gevallen uit de kraaminrichting te St. Petersburg eene mortaliteit der moeders van 18°/₀, der kinderen van 70°/₀; 21 maal werd een spontaan verloop der baring genoteerd.

Ingerslev [4]) deelt mede dat van 57 moeders de mortaliteit = 37.4°/₀ van 59 kinderen = 66°/₀ was.

Het moest wel verbazing wekken, toen ongeveer in denzelfden tijd, waarin deze statistieken werden bekend gemaakt, Hofmeier en iets later Behm met geheel andere cijfers voor den dag kwamen.

Hofmeier [5]) deed mededeeling van 36 gevallen, waarin zonder voorafgegane tamponnade, de bipolaire versie volgens Braxton Hicks werd verricht [6]). Vijf maal doorboorde hij de placenta om de vliezen te kunnen breken en een voet te kunnen afhalen, waarna zeer langzaam geëxtraheerd werd, zonder op den toestand van het kind te letten. Hij noteerde 19 gevallen van placenta pr. centralis 16 maal pl. pr. lateralis, 8 maal pl. pr. marginalis.

---

[1]) Lehrbuch S. 781.
[2]) Am. Obst. Journal 1880, ref. Centr. für Gyn. 1881, S. 38.
[3]) Ref. in Centr. für Gyn. 1881, S. 560.
[4]) Autoreferaat in Centr. für Gyn. 1882, S. 319.
[5]) Zeitschr. für Geb. Bd. VIII, Hft. 1, 1882.
[6]) Ohne jemals eine Tamponade zu versuchen, wendete (er) auch bei eben nur für einen Finger durchgängiger Cervix auf einen Fufs, und zwar bediente er sich der combinirten methode, auch wenn es ihm möglich war mit der ganzen oder halben Hand in den Uterus zu gelangen l. c.

Van de moeders stierf slechts ééne. Daarentegen bedroeg de mortaliteit der kinderen 63°/₀.

Behm [1]) hield een warm pleidooi voor de bipolaire versie bij placenta praevia. Hij doet mededeeling van 13 gevallen, waarin werd getamponneerd: 4 moeders stierven. Daarentegen stierf *geen* van 40 moeders waarbij vroegtijdig de bipolaire versie werd verricht, met een uiterst langzame extractie. Voor de kinderen was echter het resultaat niet zoo gunstig, daar 77°/₀ stierven. Dit ongunstige resultaat wordt door Behm echter geenszins beschouwd als een reden om de methode af te keuren: „Wenn sämmtliche „Kinder zu Grunde gingen, dafür aber sämmtliche Mütter gerettet „werden könnten, so müsste man den Muth haben, die Kinder „ruhig sterben zu sehen."

Later werden door Lomer [2]) behalve de door Hofmeier en Behm vermelde gevallen, nog 101 waarnemingen uit Schroeder's kliniek en polikliniek gerefereerd. Hierbij stierven 7 moeders en 51 kinderen. Dit geeft dus met de gevallen van Hofmeier en Behm te zamen voor 178 moeders eene mortaliteit van 8 = 4.5°/₀.

Ook Wyder [3]) vergrootte het aantal gunstige waarnemingen.

Het is niet te verwonderen, dat deze resultaten spoedig de methode populair maakten, ten minste in Duitschland, en ik geloof dat ieder klinisch hoogleeraar daar te lande (v. Winckel te München misschien uitgezonderd), de methode, zooals die in Berlijn werd toegepast, de méthode de choix acht. Men dient echter streng de versie en de extractie van elkaar te scheiden. De versie behoort zoo spoedig mogelijk te worden verricht: zoodra de baarmoederhals slechts voor één vinger toegankelijk is, kan men *in narcose* door gecombineerde handgrepen een voet naar dien vinger toebrengen en aanhaken. Door het aantrekken van den voet ontstaat een intra-uterine tampon, die de goede eigenschap heeft, dat hij grooter wordt en blijft drukken, wanneer bij toenemende ontsluiting nieuwe vaten verscheuren, daar dan het been dieper indaalt of wat aangetrokken kan worden, terwijl later de heup of de geheele tronk de placenta tegen den baarmoederwand aandrukt. Daarentegen moet men zich niet laten verleiden om aan den voet te gaan trekken en bij geringe ontsluiting willen extraheeren, omdat dan cervix-ruptuur en atonische nabloeding te vreezen zijn. Men moet desnoods in het belang der moeder het kind willens en we-

---

[1]) Zeitschr. für Geb. Bd. IX, Hft. 2, 1882.

[2]) Amer. journ. of Obst. 1884, Dec. (ref. Centr. für Gyn. 1884, S. 755—759) en Berl. Kl. Wochenschrift, 1888, n°. 49.

[3]) Naturforscherversammlung te Berlijn 1886.

tens opofferen. In alle gevallen van Hofmeier, Behm en Lomer werd de extractie, *indien zij gedaan werd*, uiterst langzaam verricht, zoodat tusschen het doen der keering en de geboorte van het kind van ½ uur tot 6 uur verliepen.

Een aardige illustratie van den gunstigen invloed door de gecombineerde versie en langzame extractie op de mortaliteit der moeders uitgeoefend wordt gevonden in het 32e deel van het Archiv für Gynakologie. Daar staan in dezelfde aflevering twee stukken naast elkaar, waarin de ééne schrijver, Nordmann [1]) die de tamponnade nog wil verdedigen, er niet in slaagt, niettegenstaande alle gegoochel met cijfers, de ongunstige statistiek voor de moeders te verbeteren, terwijl Obermann uit de Leipziger kliniek de zelfde gunstige resultaten mededeelt (van de 48 moeders *eén* dood), die te Berlijn werden verkregen.

Het was dan ook zeker niet het gunstigste oogenblik, dat Jungbluth [3]) koos om een nieuwe methode van behandeling der placenta praevia aan te bevelen, toen hij in 1883 aanried om in de cervix aseptisch gepraepareerde, gecomprimeerde sponzen te leggen, ten einde een met de toenemende ontsluiting grooter wordenden tampon te hebben en door den prikkel van dezen weeën op te wekken. Toen hij in de Naturforscherversammlung te Freiburg in 1883 zijne methode aanbeval, werd hij koel ontvangen, werd zelfs het tamponneerend vermogen van den „Presschwamm" door Schatz ontkend, en beval P. Müller tegenover Jungbluth's methode de vroegtijdige bipolaire versie aan.

In dit tijdschrift werd ook de vroegtijdige keering, met strenge scheiding tusschen versie en extractie op grond van gevallen uit Treub's kliniek, warm aanbevolen door Ligterink [4]).

In Engeland en Frankrijk heeft de vroegtijdige versie niet zoo spoedig het terrein veroverd als in Duitschland. Terwijl in Engeland [5]) het losmaken der placenta geheel (Simpson) of alleen in het onderste baarmoeder-segment (Barnes), al of niet gevolgd door het breken der vliezen — bij geringe ontsluiting: dilatatie van den baarmoederhals door middel van intra-cervicale kolpeuryse (met Barnes' hydrostatical dilatators) de meest gebruikelijke methoden waren, streden in Frankrijk het accouchement forcé, het breken der vliezen en de tamponnade om den voorrang, terwijl natuurlijk

---

[1]) Nordmann Zur Statistik und Therapie der Placenta praevia. Arch. für Gyn. Bd. XXXII, Hft. 1.
[2]) Obermann ibidem.
[3]) Volkmann's Vorträge n°. 235, 1883.
[4]) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Dl. II, 1, 1891.
[5]) Cf. Galabin; Reynolds, Practical Widwifery.

bij ruime ontsluiting het termineeren der baring, bij hoofdliggingen met de tang, bij andere liggingen door extractie aan de voeten algemeen werd aanbevolen [1]).

Toen in 1892 bij het eerste Internationale Congres voor Verloskunde en Gynaecologie, als onderwerp van debat, ook placenta praevia was gekozen, werd door den inleider Dr. Berry Hart de vroegtijdige keering met warmte verdedigd. Daarentegen wilde hij geen regel vaststellen voor hetgeen daarna moet gedaan worden, maar moet de extractie, *naar gelang van het geval* snel of langzaam geschieden. Al komt het leven van het kind eerst in de tweede plaats in aanmerking, toch heeft men z. i. niet het recht om het geheel te veronachtzamen, zooals van Berlijnsche zijde geëischt wordt. Zijne eigene kindersterfte was 33°/₀.

Barnes wil vóór alles dat gedeelte der placenta losmaken, dat in het onderste baarmoeder-segment is geïnsereerd, bij onvoldoende ontsluiting den cervix dilateeren, daarna de vliezen breken en naar gelang van het geval keeren of forcipale extractie verrichten, echter zonder haast en niet te vroeg. Met welgevallen citeert Barnes den lof door Ludwig Müller aan Smellie gebracht, dat deze zijne tijdgenooten en ook vele navolgers vooruit was, omdat hij geene methode uitsluitend volgde, maar pro re nata handelde.

Van Duitsche zijde werd door Gottschalk het breken der vliezen aanbevolen, indien slechts een kleine rand voor ligt. Mocht dan de bloeding niet ophouden, dan wil hij de bloedende baarmoedervlakte direct tamponneeren met behulp van het speculum, door middel van jodoformgaas. Ligt daarentegen een groot gedeelte van de placenta voor, dan moet men zoo spoedig mogelijk overgaan tot gecombineerde keering op den voet, maar met de extractie van het kind wachten totdat de ontsluiting „hinreichend" is.

Hubert (Leuven) beveelt sints jaren als theoretisch juist en practisch gelukkig de volgende handelwijze aan:

Men moet, nadat men de voorliggende placenta aan eene zijde heeft losgemaakt in den baarmoederhals eene élytro-cyste inbrengen, die met vocht gevuld een gelijkmatige drukking uitoefent en bij toenemende ontsluiting de pas geopende vaten drukt. Wanneer de aard der weeën leert, dat de ontsluiting voldoende is, wordt de toestel verwijderd en één voet opgezocht [2]). In 21 gevallen ge-

---

[1]) Cf. Charpentier Traité des accouchements.

[2]) In het compte rendu staat: Or avec l'appareil *élytro-cyste* a), on est maître de la situation: il ouvre le col sans doute, mais aussi il bouche les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se déchirent. Une précaution à prendre est de décoller du doigt le gâteau d'un côté, pour frayer à la vessie la voie qu'elle doit prendre et l'empêcher de détacher le placenta plus loin qu'il n'est strictement nécessaire. Aussitôt que la nature des

nazen 19 vrouwen, terwijl 12 kinderen in leven bleven. **Hubert** wil zijn apparaat gebruiken, en dus ook daarmede onmiddellijk vroeggeboorte opwekken, zoodra bij eene eenigszins belangrijke bloeding de diagnose placenta praevia vaststaat en de baarmoederhals voldoende toegankelijk is.

Gellé beval op grond van ervaringen van **Varnier** en van hemzelf aan, om *na* het breken der vliezen een ballon-dilatateur (van **Champetier**) in den uterus te brengen. Hij deelde mede, hoe **Varnier** zonder de vliezen te breken, na ze eenvoudig losgemaakt te hebben, in één geval den ballon tusschen ei en baarmoederwand invoerde en succes verkreeg. Door de weeën werd de ballon uitgedreven, en bij nagenoeg volkomen ontsluiting na het breken der vliezen het kind uitgehaald.

Oorspronkelijk voornemens door gecombineerde handgrepen versie en geen of zeer langzame extractie te doen werd door mij in het volgende geval op een andere wijze gehandeld:

«Den 5e Maart 1894 werd ik geroepen bij eene mijner patiënten, eene III para, bij wie ik wist, dat de placenta voorlag, daar zij reeds eenige keeren gedurende de laatste maanden gevloeid had en het onderste uterus-segment en de baarmoederhals de karakteristieke slapheid en weekheid bezaten. Zij was à terme. Daar de baarmoederhals nog niet geopend was voor den vinger en de bloeding niet aanzienlijk was tamponneerde ik, na gewone voorzorgen, de geheele vagina met jodoformgaas. Nadat dit 's morgens geschied was, werd ik 's avonds weer geroepen, omdat opnieuw en in hevige mate bloeding was gekomen. Bij onderzoek bleek, dat de tampon gedeeltelijk losgeraakt was, de vagina ballonvormig uitgezet en met een massa bloed-coagula gevuld was. Het halskanaal bleek voor twee vingers toegankelijk. Daarbinnen was niets dan karakteristiek placentairweefsel te voelen. Ik besloot na doorboring der placenta gecombineerde versie te doen, ten einde met den voet te tamponneeren. Nadat ik de placenta met twee vingers doorboord had, wilde ik door drukking het amnion verscheuren. *Dit* gelukte echter *niet*. Daarentegen *ging het amnion gemakkelijk van de placenta los*. De schedel van het kind lag voor. Het was of mij een licht opging. Bij een wee puilde het amnion als een vochtblaas in de gemaakte opening der placenta uit. Het kwam mij voor, dat aan het amnion tegelijkertijd de dilatatie en de intra-uterine tamponnade kon worden opgedragen. Ik deed dus niets meer, tamponneerde voor alle zekerheid met veel jodoformgaas en wachtte af. Dit geschiedde 's avonds om 7 uur. Behalve een geringe hoeveelheid bloed, die *onmiddellijk* volgde, kwam geen bloed meer voor den dag. Voorloopig bleven de weeën uit. 's Nachts tusschen 2 en 4 uur werden ze aanhoudend en sterker. Om 4 uur vloeide een vrij aanzienlijke hoeveelheid licht bloedig

---

douleurs nous apprend que la dilatation est suffisante, nous retirons l'appareil et nous allons chercher *un* pied.

a) Il se compose d'une vessie animale, rammollie et huilée, qu'on distend sous une pression d'eau et qu'un pessaire à air retient dans le vagin.

gekleurd vruchtwater af. Daarna hielden de weeën weer bijna op. Zij bleven van geringe beteekenis tot des namiddags 4 uur, toen een paar krachtige weeën, eerst den jodoformgaas-tampon, waaraan slechts weinig bloed was, en daarna het kind uitdreven. Het was vrouwelijk, voldragen, opende onmiddellijk de oogen, doch had meconium geloosd. Het begon in een warm bad weldra te schreeuwen. Na een half uur begon de vrouw naweeën te krijgen. Bij de derde werd de placenta uitgedrukt. De verdere toestand der moeder liet niets te wenschen over. Zij herstelde zonder stoornis".

De placenta vormt met de (gave) eivliezen een vruchtzak, die slechts ééne opening heeft, welke dwars door de placenta heen verloopt en deze in twee ongelijke deelen verdeelt, zóó dat aan den eenen kant de beide helften gescheiden zijn, aan den anderen door niet veel meer dan een vertakking der navelvaten samenhangen. Het amnion is over een vrij groote uitgestrektheid van de foetale zijde der placenta losgegaan en laat zich gemakkelijk verder losmaken.

Uit de hiervoor medegedeelde, onmiddellijk na de baring aldus opgeschreven historia partus blijkt:

1°. dat het amnion zeer stevig was en gemakkelijk van de foetale zijde der placenta losgemaakt kon worden.

2°. dat de, in casu, alleen uit het amnion bestaande vochtblaas op voldoende wijze als intra-uterine tampon gewerkt heeft.

3°. dat onder den invloed van weeën eenige uren later de vochtblaas gebersten is (bij volkomen of bijna volkomen ontsluiting?) en verdere weeën de vrucht door de (intusschen?) grooter geworden scheur hebben gedreven.

4°. dat de scheur in de placenta geen schadelijken invloed op de circulatie van het kind heeft uitgeoefend.

5°. dat de placenta over eene genoegzame uitgestrektheid met den baarmoederwand verbonden bleef om de placentaire gaswisseling zonder stoornis te doen plaats vinden.

Het komt mij waarschijnlijk voor, dat de vliezen eerst gebroken zijn, toen èn de scheur in de placenta èn de ontsluiting zeer groot geworden waren, al kan ik dit natuurlijk niet bewijzen, daar de tampon eene exploratie verbood. Ik stel mij de zaak aldus voor. Het doorboren der placenta heeft in deze eene kleine opening gemaakt, slechts weinig grooter dan de twee daardoorheen gebrachte vingers. In deze opening puilt het amnion als vochtblaas bij elk wee uit. Door de vochtblaas wordt de scheur grooter. Bij toenemende ontsluiting maakt de steeds grooter wordende scheur in de placenta mogelijk, dat de loslating van den baarmoederwand tot een minimum beperkt wordt. Door deze gelukkige combinatie worden 1° weinig uterine bloedvaten geopend, en die geopend zijn, worden onmiddellijk weer door de vochtblaas gedrukt, zoodat weinig bloeding ontstaat, maar 2° heeft de geringe loslating het voor-

deel gehad dat het kind bijna 24 uur na het maken van de scheur in de placenta levend en in niet asphyctischen toestand geboren werd.

Het schijnt mij toe dat in de door mij gevolgde handelwijze eene rationeele therapie der placenta praevia besloten ligt. Ik zou de te volgen methode als volgt willen beschrijven.

Zoodra de ontsluiting groot genoeg is om één vinger door te laten, (à fortiori, wanneer zij twee of meer vingers doorlaat) doorboort men de placenta. Aan het amnion gekomen, spaart men dit, doch tracht het, zoover de vinger (of de vingers) reiken, van de placenta los te maken. Bij een wee, dat men door het wrijven van den fundus uteri kan opwekken, behoort dan de vochtblaas in de scheur der placenta uit te puilen. Slaagt men er in het amnion te sparen, dan wacht men het verdere beloop der baring rustig af, zoolang als geen nieuwe bloeding tot ingrijpen noopt. Wanneer het niet gelukt om het amnion te sparen, dan verricht men de gecombineerde versie volgens Braxton Hicks *ten einde met een voet te tamponneeren. Zoolang nog niet is gebleken, dat men na het doorboren der placenta en het intact laten van het amnion, geen bloeding krijgt, is het gewenscht de vagina te tamponneeren met jodoformgaas.*

Het spreekt van zelf, dat eerst een ruime ervaring over de waarde der door mij voorgestelde methode kan doen beslissen. Zij kan ongewijzigd slechts worden toegepast bij placenta praevia centralis, heeft men met eene placenta praevia lateralis te doen, dan zou men het amnion voorzichtig van den rand der placenta moeten losmaken. Of dit steeds gelukken zal weet ik niet. Het is zeer wel mogelijk, dat hierbij steeds het amnion inscheurt en men dus in deze gevallen steeds de methode van Braxton Hicks ongewijzigd moet toepassen. Is het amnion minder stevig, is het vaster aan de placenta verbonden, dan zal het ook kunnen gebeuren dat men met het doorboren van de placenta tegelijkertijd het amnion doorboort en dus ook weder tot gecombineerde versie en extractie zijn toevlucht moet nemen. Mijne methode is dus ongetwijfeld niet steeds uitvoerbaar.

Dit neemt echter niet weg, dat zij (wanneer door haar een voldoende stelping der bloeding tot stand komt) positieve voordeelen kan aanbieden, boven de andere handelwijzen. Het maken eener scheur in de placenta en het losmaken van het amnion *stelt de placenta beter dan eenige andere methode in staat om de verandering in de uitbreiding harer onderlaag te volgen* en kan dus de loslating der placenta, m. a. w. *de oorzaak* der bloeding van de vrouw en der asphyxie van het kind tot een minimum beperken, *zonder dat de vliezen gebroken worden.*

De ervaring leert, dat in sommige gevallen, na het breken der vliezen en het afhalen van een voet, de bloeding nog niet definitief ophield, maar een opnieuw begonnen bloeding het aantrekken van den voet noodig maakte. In dat geval daalde de voet niet in, werd de scheur in de placenta niet grooter en nam toch de ontsluiting toe, zoodat de placenta verder losgemaakt werd. Het is mogelijk, dat dit ook nu en dan geschiedt, wanneer mijne methode gevolgd wordt. De vochtblaas drukt met een zekere kracht tijdens een wee de randen der placenta uiteen. Stel deze kracht $=$ a. Eveneens zal bij toenemende ontsluiting door de adhaesie van de placenta aan den baarmoederwand met een zekere kracht $=$ b aan de randen der scheur getrokken worden. Daartegenover staat de cohaesie der gescheurde placenta zelf $=$ c. Indien $a + b > c$ zal de scheur grooter worden. Is daarentegen $a + b < c$ dan zal zij even groot blijven. Nu zullen a en b toenemen wanneer de weeën sterker worden, terwijl c kleiner wordt, wanneer de scheur grooter is geworden. Hieruit, volgt dat men des te eerder op het grooter worden der scheur, het geadhaereerd blijven der placenta mag rekenen, naarmate de opening der vochtblaas grooter is, de weeën sterker zijn en de placenta gemakkelijker te doorboren en te verscheuren is. Hierin ligt een vingerwijzing en een beperking. Wanneer ik bemerk, dat de placenta zeer moeilijk verscheurt, zou ik niet zoo vast vertrouwen op mijn methode hebben, dan in het tegenovergestelde geval. Dan zou ik er eerder toe overgaan om *à priori* het amnion te breken en een voet af te halen, ten einde met behulp van dezen de scheur kunstmatig te vergrooten, door den voet langzaam naar beneden te trekken. Geschiedt daarentegen de doorboring der placenta gemakkelijk, dan zou ik met volkomen vertrouwen het grooter worden der scheur afwachten.

Ik acht het voor het welslagen mijner methode van ondergeschikt belang of de vrucht zich in lengte- of in dwarsligging bevindt. Mocht het laatste het geval zijn, dan zou ik het doorboren van de placenta met behoud van het amnion *bij geringe ontsluiting* en het doen van keering *bij ruime ontsluiting*, op het oogenblik, dat de vochtblaas berst, verkiezen boven het onmiddellijk toepassen der methode van Braxton Hicks. Slechts indien de ontsluiting ruim is, wensch ik onmiddellijk versie te doen, behalve in de hiervóór aangeduide gevallen. Echter zal het tamponneeren der vagina na het doorboren der placenta, dan tevens bevorderlijk zijn aan het behoud der vochtblaas en dus in geen geval mogen worden verzuimd.

De ruime toepassing der methode van Braxton Hicks heeft de mortaliteit der moeders belangrijk verminderd. Ik verwacht van de mijne een even groote vermindering *der kindersterfte*, zonder

dat ik gevaren voor de vrouw ervan vrees. Evenwel zal hare toepassing, zoo ooit, zeker vooreerst nog wel niet algemeen worden. Zij stelt hooge eischen aan de asepsis en het geduld van den verloskundige. Wanneer niet streng de hand wordt gehouden aan de grondregelen der asepsis wordt de vooralsnog onvermijdelijke tampon een broeinest van ongerechtigheden. Na het doorboren van de placenta en het inbrengen van den tampon is het parool: afwachten. Maar dit afwachten moet met regelmatige contrôle van den toestand der patiënt gepaard gaan. Men behoort zich niet ver van haar te verwijderen, maar elk oogenblik gereed te zijn om bij het ontstaan eener nieuwe bloeding, of bij het uitgedreven worden van den jodoformgaas-tampon handelend op te treden. Voor den handigen practicus is dit een weinig aanlokkelijk verschiet. Voor dezen was in vroegeren tijd de geforceerde inwendige keering gevolgd door extractie, is thans de gecombineerde keering veel aantrekkelijker. Maar het lot der kinderen wordt er zeker niet beter op en dat der moeder wordt ongetwijfeld slechter, wanneer deze keering bij geringe ontsluiting *altijd* onmiddellijk door extractie gevolgd wordt. En ik vrees, dat in de praktijk niet altijd zóó streng als in de Berlijnsche klinieken de hand zal gehouden worden aan het voorschrift om niet of slechts zeer langzaam te extraheeren. Het verschil van 30 minuten en 6 uur voor den duur der extractie zal wel niet alleen door het geval zelf, maar ook wel gedeeltelijk door het verschil in temperament van den operateur veroorzaakt zijn.

Toch mogen deze praktische voordeelen der methode van Braxton Hicks niet *te* hoog worden geschat. Indien mijne methode in klinieken toegepast, of door verloskundigen aangewend, die er zich den tijd voor gunnen, betere resultaten geeft, dan eenige andere, dan behoort aan haar de voorkeur te worden gegeven. Doet zij dit niet, dan behoort zij te worden verworpen, en heeft mijn voorstel, dat zoover ik weet, geen voorgangers heeft, geen andere verdienste, dan dat het *misschien* nieuwe gezichtspunten ten aanzien der behandeling van placenta praevia opent.

Vandaar dat ik met bescheidenheid, maar met overtuiging de hier vóór geschetste methode ter behandeling van placenta praevia in de aandacht der HH. clinici aanbeveel, met het beleefde verzoek, mij hunne resultaten mede te deelen, ten einde die te gelegener tijd te kunnen publiceeren.

Amsterdam,
Maart '94 — Januari '95.

BIBLIOGRAPHIE

DER

GYNAECOLOGIE EN VERLOSKUNDE,

1 JANUARI—30 JUNI 1894,

DOOR

LOUIS D. PETIT,

Conservator bij de Bibliotheek der Rijks-Universiteit te Leiden en Bibliothecaris van de Maatschappij d. Nederl. Letterkunde aldaar.

I. IN HET ALGEMEEN.

1 Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. I. session. Bruxelles. Septembre 1892. Avec nombr. fig. et pl. Paris, Carré, 1894. 8°.

2 Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäkologie in Berlin. Hrsg. v. der deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie durch R. Chrobak u. J. Pfannenstiel. Mit 15 Taf. u. 4 Holzschn. Wien, A. Hölder. 1894 (VIII, 419 S.). 8°. M. 20.—.

3 Berichte u. Arbeiten aus der Universitäts-Frauenklinik zu Dorpat. Hrsg. v. O. Küstner. Wiesbaden, Bergmann, 1894 (XII, 912 S. mit 1 Fig. u. 5 Taf.). 8°. M. 24.—.

4 Transactions of the Obstetrical Society of London. Vol. 35, for 1893. London, Longmans 1894. 8°. 25 sh.

5 Mey (G. H. van der), Verslag van het behandelde in de Vergaderingen van October tot December 1893 der Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging te Amsterdam. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 4.

6 Martin (A.), Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin, vom 8. December 1893 bis 26. Januar 1894. — *Ztschr. f. Geburtsh.* XXVIII, 2.

7 Petit (Louis D.), Bibliographie der Gynaecologie en Verloskunde, 16 Juni—31 Dec. 1893. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* VI, 1.

II. GYNAECOLOGIE.

a. *Algemeene Hand- en Leerboeken.*

8 Auvard (A.), Indications thérapeutiques. Paris, Rueff & Co., 1894 (XI, 328 p.) 16°.
Manuel de thérapeutique gynécologique. T. I.

9 ——, Traité pratique de gynécologie. 2e éd. revue et augmentée. Avec 655 fig. dans le texte et 12 planches en couleur hors texte. Paris, Doin 1894 (874 p.) 8°. Fr. 18.—.

10 —— et G. Devy, 50 planches murales tirées en plusieurs couleurs pour l'enseignement de la gynécologie. Paris, Doin 1894. fr. 200.—. Collées sur toile avec bâtons. fr. 400.—.

11 Brewis (N. T.), Outlines of gynaecological diagnosis. London, Clay & Sons. 1894. 8°. sh. 2/6.

12 Caubet (E.), Hygiène de la femme et thérapeutique générale. Paris, Rueff & Co. 1894 (IV, 215 p.) 16°.

Manuel de thérapeutique gynécologique. T. II.

13 Dührssen (A.), Vademecum der Geburtshülfe u. Gynaekologie. Für Studirende u. Aerzte. In 2 Tln. 2. Tl. Gynaekologisches Vademecum. 4. Aufl. Berlin, Karger. 1894 (VIII, 270 S. m. 105 Abbildgn). 8°. geb. M. 5.—.

14 Wreden's Sammlung medizinischer Lehrbücher. 1. Bd. Die Krankheiten der Frauen, f. Aerzte u. Studirende dargestellt v. Heinr. Fritsch. 6. Aufl. Berlin, F. Wreden. (XI, 554 S. m. 220 Holzschn. u. 4 Heliograv.) 1894. M. 11.40; geb. M. 12.80.

15 Garrigues (H. J.), A text-book of the diseases of women. Philadelphia. 1894 (690 p.) 8°.

16 Martin (A.), Patologia e terapia delle malattie delle donne, ad uso dei medici pratici. 2e Edizione italiana sulla terza tedesca, per cura del prof. E. Pestalozza. Fasc. 1—3. Milano, F. Vallardi 1894 (p. 1—144) 8°. L. 1— il fasc.

17 Soranus von Ephesus, Gynäkologie (περὶ γυναικείων), Geburtshilfe, Frauen- u. Kinder-Krankheiten, Diätetik der Neugeborenen. Uebers. v. H. Lüneburg. Commentirt u. mit Beilagen versehen v. J. Ch. Huber. München, J. F. Lehmann. 1894 (IX, 173 S.). 8°. M. 4.—.

18 Wood (J. C.), A textbook of gynecology. London, Homoepathic Publishing Co. 1894. 8°. sh. 30.—

b. *Bijzondere Vrouwenziekten.*

19 Braun (H.), Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Mannheimer Allgemeinen Krankenhauses). — *Ztschr. f. Geburtsh.* XXVIII, 2.

20 Pouillet, Psychopathie sexuelle. De l'onanisme chez la femme. 4e éd. Paris, Bataille & Co. 1894 (VI, 224 p.) 8°. fr. 3.50.

21 Chaput, Traitement des prolapsus génitaux. — *Arch. de tocol.*, mars.

22 Gavronsky (N. von), Ueber Verbreitung und Endigung der Nerven in den weiblichen Genitalien; vorläufige Mitteilung. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11.

23 Guilliou, Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement du prolapsus génital chez les femmes agées. Thèse. Paris 1894. 4°.

24 Kouwer, Gebrekkige ontwikkeling der vrouwelijke geslachtsdeelen, gepaard met akromegalie. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 4.

25 Klinische Zeit- u. Streitfragen, 8 Bd. 1. Heft. Wien, Hölder. 1894. Gr. 8. M. 1.—.

1. Der Katarrh der weiblichen Geschlechtsorgane m. besond. Berücksichtigung der Behandlung der Endometritis. Von E. Lantos. (27 S.)

26 Nagel (W.), Ueber die Entwickelung der inneren und äusseren Genitalien beim menschlichen Weibe. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLV, 3.

27 Pompe van Meerdervoort (N. J. F.), Bijdrage tot de kennis der onvolkomen ontwikkeling der genitalia feminina interna. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 4.

28 Wieland (A.), Beitrag zur Diagnose der Genitaltuberkulose des Weibes. Diss. Freiburg. 1894. (27 S.) 8°.

29 Büttner, Ein Fall von Myom der weiblichen Urethra. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 1.

30 Füth, Ueber einen Fall von Harnblasenverdoppelung. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14.

31 Reimer (G.), Das Harnen in die Scheide. Diss. Marburg. 1894 (26 S.) 8°.

32 Kleinwächter (L.), Einige Worte über Verengerungen der weiblichen Urethra. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 1.

33 Neuberger (J.), Ueber die sogenannten Carunkeln der weiblichen Harnröhre. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 14 Mai.
34 Baudry, De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin. Thèse. Bordeaux 1894. 4°.
35 Broer (F. W.), Ueber Fremdkörper in der Vagina mit besonderer Berücksichtigung eines in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Falles. Diss. Greifswald. 1894 (28 S.) 8°.
36 Cullen (T. S.), Abscess in the Urethro-Vaginal Septum. — *Bull. of Johns Hopkins Hospital* V, 39.
37 Fraenkel (E.), Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Erkrankungsform der Vaginalportion. — *Wien. med. Presse*, 14 Jan.
38 Herczel (E.), Ueber die operative Behandlung grosser Defecte der Blasen-Scheidenwand. — *Wien. klin. Wochenschr.*, 12 April.
39 Hunter Robb, A case of double Vagina, with operation. — *Bull. of Johns Hopkins Hospital* V, 39.
40 Klien (R.), Lymphangioendothelioma cavernosum haemorrhagicum; ein Beitrag zur Casuistik der primären Scheidengeschwülste. — *Arch. f. Gynäkol.* XLVI, 2.
41 Lipinsky (S.), Ein Fall von Episiocleisis cum fistula recto-vaginali artificiali. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9.
42 Mackenrodt (A.), Die operative Heilung grosser Blasenscheidenfisteln. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*. 8.
43 Poll (C. N. van de), Bijdrage tot de behandeling van de vernauwingen der scheede. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 4.
44 Schelky, Operatieve sluiting van vesico-vaginaal-fistels. — *Weekbl. Tijdsch. v. Geneesk.* 1894 I, 1.
46 Arrizabalaga, Du traitement des rétro-déviations utérines. Thèse. Paris. 1894. 4°.
47 Bokelmann (W.), Zur Unfruchtbarkeit des Weibes. — *Berl. Klinik*, 69.
48 Calderini (G.), Beitrag zur Diagnose und Therapie des Uteruskrebses. — *Berl. Klin. Wochensch.*, 9 April.
49 Currier (A.), Myoma uteri and its treatment. — *Amer. Journ. of Obstetrics*, jan.
51 Emanuel (R.), Beitrag zur Lehre von der Uterus-tuberculose. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* XXIX.
52 Engelhardt (Alex.), Zur chirurgischen Behandlung des Prolapsus uteri et vaginae. Diss. Jurjew (E. J. Karow). 1894. (88 S.) 8°. M. 1.60.
53 Fischkin (E.), Hysterie u. gynäkologische Operationen. Berlin, H. Fränkel, 1894. (30 S.). 8°. M. 1.—.
54 Fraenkel (E.), Ueber die Dauererfolge der gegen die Retrodeviationen des Uterus gerichteten Operationen. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 10 Mai.
55 Giverday (A. de), Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables. Thèse. Lyon 1894 (54 p.) 8°.
56 Gottschalk (S.), Sind die von C. Breus als Fälle von wahrer epithelführender Cystenbildung in Uterusmyomen beschriebenen Geschwülste echte Myome des Uterus? — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.* 6.
57 Hennig (C.), Die Beweise für den Wechselverkehr zwischen Herz und Gebärmutter. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXIX.
58 Holländer (E.), Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Uterusanomalie (Uterus accessorius). — *Berl. klin. Wochenschr.*, 7 Mai.
60 Kuborn (F.), Ueber Recidive des Uteruscarcinomes. Diss. Bonn. 1894. (44 S.) 8°.
61 Küstner (O.), Die Principien der Prolapsbehandlung. — *Deutsche med. Wochensch.*, 10 Mai.
62 Kyri (J.), Physiologie und Pathologie der Motilität der Beckenorgane, als Grundlage einer Theorie des Prolapsus. — *Centr.-bl. f. Gynäkol.* 2.

63 La Rochefordière (De), Sur deux cas récents d'utérus bicorne. Thèse. Paris. 1894. 4°.
64 Meyer (A.), Zur Tuberculose der Cervix uteri. — *Arch. f. Gynäkol.* XLV, 3.
65 Pick (L.), Ueber Sarcome des Uterus und der Vagina im Kindesalter und das primäre Scheidensarcom der Erwachsenen. — *Arch. f. Gynäkol.* XLVI, 2.
66 Popow (D.), Zur Kenntniss des hämorrhagischen Infarktes des Uterus; eine pathologisch-anatomische und experimentelle Untersuchung. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVII, 1.
67 Oberer (J.), Beitrag zur Lehre von der Haematocele Retro-Uterina und des Haematoma periuterinum. Diss. Basel. 1894. (80 S., 3 Taf. u. 1 Tab.) 8°.
68 Profanter (P.), Ueber Tussis Uterina u. Neurosen bei gynäkologischen Erkrankungen überhaupt. Wien, Safar. 1894 (56 S.) 8°.
69 Quaassdorf (H.), Fibromyoma uteri. Beitrag zu den Verlagerungen und Drucksymptomen eingeheilter Fibromyome. Diss. Greifswald. 1894 (21 S.) 8°.
70 Rosenow (J.), Ein Fall von Fibromyoma uteri, complicirt durch Hämatosalpinx. Diss. Greifswald. 1894 (24 S.) 8°.
71 Rosthorn (Alf.), Ueber Schleimhautverhornung der Gebärmutter. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."]. Wien, A. Hölder. 1894 (11 S. m. 2 Taf.). 8°. M. 1.80.
72 Sänger (M.), Ein bestimmtes Zeichen f. angeborene Rückwärtslage des Uterus. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder. (35 S.) 8°. M. —.40.
73 Sänger, Zur Aetiologie und operativen Behandlung der Vulvitis pruriginosa. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7.
74 Schreher (Geo.), Ueber die Complikation v. Uterusmyom mit sekundärer sarkomatöser Degeneration. Diss. Jena (H. Pohle). 1894 (38 S.) 8°. M. 1.—.
75 Schultze (B.), Zur Aetiologie und Behandlung des Pruritus vulvae. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 12.
76 Schwenger (H.), Zur Symptomatologie der Hysterie. Diss. Greifswald 1894 (39 S. u. 3 Tab.) 8°.
77 Taylor (R), On some unusual new growths of the vulva. — *Amer. Journ. of the Med. Science*, jan.
77*a* Thomee (L. A.), Die Behandlung der Inversio Uteri chronica puerperalis. Diss. Freiburg 1894 (66 S.), 8°.
78 Thorn (J.), Zur Kasuistik der Uterussteine. — *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 1.
79 Vogelbach (H.), Ueber die Erfolge der Uterusausschabungen bei der Endometritis fungosa. Diss. Basel. 1894 (37 S.) 8°.
80 Wehrle (B.), Ein Beitrag zur Aetiologie und Histogenese des Fibromyoma Uteri. Diss. Freiburg. 1894. (37 S.) 8°.
81 Westermayer (H.), Uteres bicornis et vagina duplex cum Haemato-Pyocolpo. Diss. Erlangen. 1894. (68 S.) 8°.
82 Abegg (H.), Dermoïdecyste e. Eierstockes als Geburtshinderniss. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."]. Wien, A. Hölder. 1894 (3 S.) 8°. M. —.50.
83 Acconci (L.), Della ovarite tubercolare; studio sperimentale. — *Ann. di ostet. e gynecol.* mai.
84 Altmann, Contribution à l'étude de la rétention des règles par suite de l'oblitération congénitale du vagin et de son traitement. Thèse. Paris 1894. 8°.
85 Feis (O.), Ein Fall von Fibromyoma ovarii. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6.
86 Foerster (F.), Comparative microscopical studies of the ovary. — (*Amer. Journ. of Obstetrics* 2).
87 Heine (L.), Ueber solide Ovarialtumoren. Diss. Erlangen 1894. (42 S.) 8°.

88 Köring (G.). Ueber Recidive von Ovarialtumoren mit besonderer Berücksichtigung zweier in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Fälle. Diss. Greifswald 1894. (29 S.) 8°.
89 Leopold et Mironow (M.), Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLV, 3.
90 Panecki, Zur Behandlung der Amenorrhoe. — *Therap. Monatsh.*, 3.
91 Parizot, Kyste ovarique datant de douze ans; transformation en un point limité, en épithéliome. — *Bourgogne méd.*, juin.
92 Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge, hrsg. v. E. v. Bergmann, W. Erb u. F. v. Winckel. No. 82 u. No. 83. Leipzig, Breitkopf & Härtel. 1894. gr. 8. M. —.75.
82. 83. Ueber die Gonorrhoe beim Weibe v. E. Luther. (50 S.)
93 Raedisch (E.), Ein Fall von krebsig entartetem Ovarialkystom. Diss. Greifswald 1894. (22 S.) 8°.
94 Reverdin (J.) et Buscarlet (F.), Kyste dermoïde de l'ovaire renfermant des poils, des dents implantées sur de l'os, et deux appendices digitiformes, dont l'un muni d'un petit ongle. — *Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.
95 Schultze (B. S.), Echinococcus des rechten Ovarium neben zahlreichen Echinococcen des Peritoneum. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder. 1894 (10 S.). 8°.
96 Stratz (C. H.), Gynaecologische Anatomie. Die Geschwülste der Eierstöcke. Mit 50 Aquarellen auf 14 Taf. u. 3 Holzschn. Berlin, Kornfeld. 1894 (IV, 40 S.). M. 25.—.
97 Thorn (W.), Einiges üb. Achsendrehung der Ovarientumoren. [Aus: „Festschrift d. Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder. 1894. (26 S.) gr. 8°. M. 1.—.
98 Hilgemeier (C.), Bericht über einen Pseudotumor als ein Beitrag zur Casuistik der Abdominaltumoren beim weiblichen Geschlechte. Diss. Würzburg 1894. (21 S.) 8°.
99 Kisch (H.), Zur Lehre von den Tubensäcken. —*Berl. klin. Wochenschr*, 12 Febr.
100 Kossmann (R.), Ueber accessorische Tuben und Tubenostien. — *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXIX.
101 Zedel (J.), Ueber Cystenbildung am Ostium abdominale der Tube. — *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 2.
102 Rossi Doria (T.), Ueber das Vorhandensein von Protozoën bei der Endometritis chronica glandularis. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVII, 1.
103 Thorn (W.), Zur Infectiosität des Carcinoms. — *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10.
104 Breus (C.), Zur Cystomyomfrage. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 17.
105 Sippel (A.), Ueberimpfung des Carcinoms auf gesunde Körperstellen der Erkrankten. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 4.
106 Saundby (Robert), The common Forms of Dyspepsia in Women. Ingleby Lectures, 1894. Cornish (Birmingham). Simpkin 1894 (34 p.) 8°.
107 Banner (P.), Ueber die klinische Bedeutung der Wanderniere. Diss. Greifswald 1894. (40 S.) 8°.
108 Kouwer, Een geval van pyonephrose. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* VI, 1.
109 Rammrath (R.), Ueber Wanderniere mit besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung. Diss. Berlin 1894 (30 S.) 8°.
110 Price (J.), Disputed points in the surgery and pathology of pelvic disease. — *Amer. Journ. of Obstetrics*, 2.
111 Schley (O.), Verlauf der chronischen Peritonitis mit besonderer Berücksichtigung der Heilung derselben. Diss. Berlin 1894 (45 S.) 8°.
112 Albert, De la blennorrhagie chez la femme. Thèse. Lyon 1894. 4°.
113 Verchère (F.), Blennorrhagie chez la femme. Paris, Rueff 1894. 2 vol. 16°.

c. *Bijzondere Kunstbewerkingen.*

114 Berlin (A.), Opérations. Avec 112 fig. Paris, Rueff & Co. 1894. (XVIII, 482 p.) 16°.
115 Bordier, De la supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération en particulier dans le traitement du prolapsus utérin. Thèse. Bordeaux 1894. 4°.
116 Geijl (A.), Een verbeterde operatie- en onderzoekingstafel. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 4.
117 Landau (M.), Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVI, 1.
118 Werth (Rich.), Ueber die Anzeigen zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri mobilis, nebst e. Beitrage zur Würdigung der Alexander'schen Operation. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."]. Wien, A. Hölder. 1894 (62 S.) 8°. M. 2.–.
119 Rosciszewski (von), Ein neues Operationsverfahren bei narbiger Stenose der Scheide. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 27.
120 Laroyenne, Disposition de certaines collections pelviennes réclamant leur débridement successif et au besoin l'ablation des annexes, par la voie vaginale. — *Arch. de tocol.*, mai.
121 Sippel (A.), Supravaginale Amputation des septischen puerperalen Uterus. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 28.
122 Frank (M.), Zur Beurteilung des Wertes der Castration bei Myomen des Uterus. — *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1 April.
123 Löhlein (H.), Erfahrungen über den Wert der Castration bei Osteomalacie. — *Zeitschr. f. Geburtsh. f. Gynäkol.*, XXIX.)
123*a* Herzfeld (K.), Vorläufiger Kurzer Bericht über tausend von Prof. Schauta ausgeführte Koeliotomien (Bauchhöhlenoperationen). — *Wien. med. Wochensch.*, 10 und 17 May.
123*b* Strauch (M. von), Ueber Venenthrombose der unteren Extremitäten nach Köliotomien bei Beckenhochlagerung und Aethernarcose. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 13.
124 Boryssowicz (T.), Ueber die permanente Erweiterung des äusseren Muttermundes mittels der Ligatur (dilatatio ostii externi uteri ope ligaturae). — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 3.
125 Braun von Fernwald (R.), Ueber die mechanische und blutige Dilatation des Cervix bei schwerer Eklampsie. — *Wien. klin. Wochenschr.*, 17 Mai.
126 Vulliet, Ueber die Erweiterung von Verengerungen des Collum uteri auf plastischem Wege. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 3.
127 Abel, Zur Technik d. vaginalen Uterusexstirpation. — *Arch. f. Gynäkol.* XLVI, 1.
128 Arlart (F.), Fünfzig Fälle vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Tumoren desselben aus der Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik zu Königsberg (vom 18 Juni 1890 bis Ende 1893). Diss. Königsberg 1894. 8°.
129 Mackenrodt (A.), Beitrag zur Verbesserung der Dauerresultate der Totalexstirpation bei Carcinoma uteri. — *Zeitschr. f. Gynäkol.*, XXIX.
130 Thelen (O.), Ein Beitrag zur vaginalen Uterusexstirpation. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 4.
131 Cushing (C.), Vaginal fixation in the treatment of retro-displacement of the Uterus. San Francisco 1894. 8°.
132 Baudron, De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan). Thèse. Paris 1894 4°.
133 Braithwaite (J.), A point in the technique of vaginal hysterectomie. — *Lancet*, 14 april.

134 Le Moinet, Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino-vaginale pour fibromes de l'utérus. Thèse. Paris 1894. 4°.
135 Condamin (R.), De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne; manuel opératoire. — *Arch. de tocol.*, mai.
136 Lamort, De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétricale. Thèse. Bordeaux. 1894. 4°.
137 Abel, Zur Technik der Laparotomie. — *Arch. f. Gynäk.*, XLV, 3.
138 Flatau (S.), Zur extramedianen Schnittführung bei Laparotomien. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 12.
139 Gratien, De l'influence curative de la laparotomie. Thèse. Paris 1894. 4°.
140 Laroyenne, De la réunion immédiate secondaire, par des fils d'attente, de l'ouverture du drainage abdominal, après une laparotomie. — *Arch. de tocol.*, mai.
141 Orlow (V.), Kurzer Bericht über 200 Laparotomien. — *Centr. Bl. f. Gynäk.*, 5.
142 Régnier (L. H.), Operative Behandlung der Myome des Uterus durch die Laparotomie. Diss. Strassburg 1894 (28 S.) 8°.
143 Stratz (C. H.), Sechste Serie von zehn Laparotomien, 7 Heilungen, 3 Todesfällen. — *Geneesk. Tijdschr. v. N. I.* XXXIV, 2.
144 Martin (F.), Ligation of the broad ligaments of the uterus for uterine fibroids. — *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1.
145 Rydygier (L.), Zur Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 13.
146 Freudenberg, Die Brandtsche Massage bei Frauen-Krankheiten u. ihre glänzenden Heilerfolge gemeinverständlich dargestellt. Dresden, Verlagsanstalt „Zum Merkator". 1894 (95 S.), 8°. M. 2.—.
147 Hotman de Villiers (A. d'), Massage. Avec 64 fig. Paris, Rueff & Co. 1894 (IV, 176 p.), 16°.
Manuel de thérapeutique gynécologique T. VI.
148 Brennecke, Ein Beitrag zur Frage der Myomectomie und der Myomohysterectomie. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 2.
149 Leopold (G.), Zur Myomectomie mit intraperitonealer Stielbehandlung. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 26.
150 Zweifel (P.), Eine neue Vereinfachung der Stumpfbehandlung bei der Myomectomie. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 14.
151 Brignone (P.), Le prime ovariotomie a Tunisi; note e ricordi. Tunis 1894 (30 p.), 8°.
152 Buys et Vandervelde, Ricerche sperimentali sopra le modificazioni dell' utero consecutive alla doppia ovariotomia. — *Policlinica*, 15 fév.
153 Pazzi (M.), Primo caso d'ovariosalpingectomia vaginale eseguita dal Prof. Ruggi colla preventiva estrazione dell' utero e successiva riposizione di questo in sede normale. Napoli 1894 (8 p.), 8°.
154 Pfannenstiel (J.), Ueber Carcinombildung nach Ovariotomien. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 2.
155 Fritsch (H.), Ventrofixation und Vaginofixation. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 4 Jan.

d. *Bijzondere middelen. — Instrumenten.*

156 Apostoli (G.), Travaux d'électrothérapie gynécologique. Av. fig. Paris. Société d'éditions scientifiques. 1894 (VIII, 711 p.) 8°.
157 Touvenaint, Electricité. Avec 21 fig. Paris, Rueff & Co. (140 p.), 16°.
Manuel de thérapeutique gynécologique. T. V.
158 Ozenne (E.), Hydrothérapie et Eaux minérales. Paris, Rueff & Co. 1894 (177 p.), 8°.
Manuel de thérapeutique gynécologique. T. VII.

159 **Piccoli** (G.), Sulla sterilizzazione del canale genitale della donna con le soluzioni di sublimato corrosivo. — *Arch. di ost. e ginecol.*, 2,3.
160 **Winckel** (F. von), Ueber den Gebrauch u. die Wirkung des Formalin, Formanilid u. Migränin bei Anomalien der weiblichen Sexualorgane. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder. 1894 (9 S.), 8°. M. –.50.
161 **Mandry**, Ueber den diagnostischen Wert der Urobilinurie für die Gynäkologie. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLV, 3.
162 **Herzfeld** (A.), A new vaginal speculum with constant irrigation. — *Med. Record*, 10 march.

III. VERLOSKUNDE.

a. *Algemeene Hand- en Leerboeken. — Verzamelingen.*

163 **Auvard** (E.), Traité pratique d'accouchements. 2e éd. revue et augmentée. Avec 558 fig. dans le texte. Paris, Doin 1894 (831 p.), 8°. fr. 15,—.
164 **Barone** (A.), Manuale di ostetricia minore, svolto secondo il programma della R. Università di Napoli, con una breve appendice contenente il regolamento per le scuole di ostetricia e per l'assistenza al parto, nonchè un certo numero di casi clinici enunciati e risoluti, ed un breve dizionario di vocaboli più comuni della medicina. Fasc. 1—3. Milano, F. Vallardi 1894 (p. 1–144) 8°. L. 1,— il fasc.
165 **Concurtius**, Der kleine Accoucheur. Zierliche Reimlein zur Vorbereitung für's Phantomexamen u. zur Unterhaltung f. die reifere medicin. Jugend. München, F. Bassermann, 1894 (VII, 43 S.), 12°.
166 **Davis** (E. P.), A manual of practical obstetrics. 2d ed. Philadelphia. 1894 (VI, 315 p.) 8°.
167 **Dührssen** (A.), Vademecum der Geburtshülfe u. Gynaekologie. Für Studirende u. Aerzte. In 2 Tln. 1. Tl. Geburtshülfl. Vademecum. 5 Aufl. Berlin, Karger. 1894 (XVI, 248 S. m. 34 Abbildgn.) 8°.
168 **Haultain** (F. W.), A practical handbook of midwifery. — London 1894 (VI, 256 p.), 8°.
169 **Lehmann's** Medicinische Hand-Atlanten. 2 Bd. München, Lehmann, 1894 8° geb. in Leinwd. M. 8.—.
2. Geburtshilfe. 2 Thl. Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik u. Therapie. Mit 145 z. Thl. farb. Abbildgn. v. O. Schaeffer. (220 S.)
170 **Roggemann** (A.), Der praktische Geburtshelfer. 1 Thl. 2 Aufl. Würzburg, A. Stuber 1894 (135 S.) 12°.
171 **Buchholz** (Ferd.), Ueber e. Lustrum klinischer Geburshilfe. Diss. Jurjew, E. J. Karow, 1894 (126 S.) 8°.
172 **Heeg** (S.), Verslag der verloskundige kliniek en polikliniek aan de rijksuniversiteit te Leiden, cursus 1891—'92, benevens eenige statistische opgaven uit de jaren 1881/86 en 1887/92. Proefschrift Amsterdam 1894 (VIII, 80 S.) 8°.
173 **Steyn Parvé** (W. F. U.), Zeventiende Jaarverslag van de Vereeniging tot het verleenen van buitengewone verloskundige hulp aan den kleinen burgerstand te 's Gravenhage (van 1 Juli 1892—30 Juni 1893). — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 4.

b. *Bevruchting.*

174 **Kamp** (F. S.), Die Mittel zur Verhütung der Conception. Auf prakt. Anwendbarkeit, Sicherheit u. gesundheitliche Einwirkungen untersucht. München, Seitz & Schauer. 1894 (29 S.) 8°. M. 1.50.
175 **Paul** (Ewald), Die Mittel zur Verhütung allzugrossen Kindersegens. Eine

Würdigung ihres Nutzens u. Schadens, sowie e. Betrachtung üb. die Gefahren der Uebervölkerung 2 Aufl. Wiesbaden, H. Sadowsky. 1894 (70 S.) 8°. M. 1,60.

c. *Zwangerschap en ziekten der zwangeren.*

176 Allbutt (H. Arth.), Das Handbuch f. Frauen. Belehrung üb. das Verhalten der Frau während der Schwangerschaft, im Wochenbett u. nach der Geburt, nebst Winken üb. die Säuglingspflege u. noch andere f. verheirathete Frauen wichtige u. wissenswerte Dinge. Anh.: Kindersterblichkeit u. vorzeit. Tod. Deutsch v. H. B. Fischer. Leipzig M. Spohr. 1894 (114 S.) 8°. M. 2.—
177 Löhlein (H.), Ueber Schwangerschaften im ventrofixirten Uterus. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 15 Mai.
178 Pfannenstiel (J.), Ueber Schwangerschaft bei Uterus didelphys. [Aus: Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder. 1894 (24 S.) 8°. M. —.90.
179 Stoffer (E.), Die Bedeutung der typischen Schwangerschaftswehen. Diss. Rostock 1894. (52 S. m. Tab.) 8°.
180 Bäcker (J.), Ein Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 19.
181 Burau (E.), Ein Fall von graviditas tubo-uterina dextra. Ein Beitrag zur Casuistik der ektopischen Schwangerschaften. Diss. Greifswald 1894 (24 S.) 8°.
182 Czempin (A.), Beobachtungen über Extrauteringravidität an der Hand von 15 operirten Fällen. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXIX.
183 Dührssen, Ueber Tubarschwangerschaft und die Behandlung der Blutungen in der Bauchhöhle infolge von Tubarschwangerschaft. — *Deutsche med. Wochensch.*, 11 u. 18 Jan.
184 Hartmann (M. L.), Die Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Diss. Jena 1894 (61 S.), 8°.
185 Kirchhoff, Ein Thoracopagus im tubaren Fruchtsack. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 10.
186 Orrillard, Intervention chirurgicale dans la grossesse extrautérine lorsque l'enfant est viable. Thèse. Paris 1894, 4°.
187 Petersen (D.), Ueber Extrauterinschwangerschaft. Diss. Bonn 1894 (38 S.) 8°.
188 Stumpf (Max), Zur Casuistik u. Therapie der Extrauterinschwangerschaft. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder 1894 (15 S. m. 1 Taf.) M. 1.20.
189 Brieske (M.), Myom und Schwangerschaft. Diss. Berlin 1894 (25 S.) 8°.
190 Treub (H.), Fibromyomen en zwangerschap. — *Geneesk. bladen* 2.
191 Flaischlen (N.), Zur Complication der Schwangerschaft und der Geburt durch Ovarialtumoren. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXIX.
192 Graenz (W.), Ueber zwei Fälle von Puerperaleklampsie aus der geburtshülflichen Klinik zu Greifswald. Diss. Greifswald 1894. (26 S.) 8°.
193 Jung (F.), Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der Puerperal-Eklampsie. Diss. Leipzig 1894 (37 S. u. 1 Taf.) 8°.
194 Lehmann (J.), Beitrag zur Lehre von der Eclampsie. Diss. Marburg 1894. 8°.
195 Chazan (S.), Zur Lehre von der Hydrorrhoea gravidarum. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 5.
196 Ferrière, Des affections oculaires dans leurs rapports avec la grossesse, la parturition et la puerpéralité. Thèse. Bordeaux 1894. 4°.
197 Gottschalk (S.), Zur Lehre von der Retroversio uteri gravidi; gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Schwangerschaft. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVI, 2.
198 Guérin, Contribution à l'étude du traumatisme sur les organes génitaux der femmes enceintes. Thèse. Paris 1894 4°.

199 Koblanck, Zur Prognose der Schwangerschaftsnephritis. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXIX.
200 Metzlar (C.), Opmerkingen over een geval van verbloeding bij graviditas extrauterina. — *Weekbl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1894 I, 20.
201 Oliver (Th.), Anaemia of a grave character occurring during pregnancy. — *Lancet*, 6 jan.
202 Randolph (R. L.), The significance of albuminuric retinitis in pregnancy. An analysis of five cases, with the histological changes present in the retina in one case. – *Bull. of the Johns Hopkins Hospital* V, 41.
203 Theilhaber, Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei der Geburt. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVII, 1.
204 Walther (H.), Ueber einen Fall von Metritis dissecans puerperalis. — *Münch. med. Wochensch.*, 9 Jan.
274 Krönig, Scheidensecretuntersuchungen bei 100 Schwangeren; Aseptik in der Geburtshülfe. — *Centr. Bl. f. Gynäk.* 1.

d. *Vrucht en ziekten der vrucht.*

205 Ahlfeld (Fr.), Eine neue typische Form durch amniotische Fäden hervorgebrachter Verbildung. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder 1894 (8 S. m. 2 farb. Taf.) 8° M. 2.—.
206 Brauns (H.), Intrauterine Gliederablösung und Zerreissung des Amnion durch amniotische Fäden. Diss. Rostock 1894 (57 S. u. 1 Taf.) 8°.
207 Diätblock, zum Gebrauch in der ärztlichen Praxis. Hsrg. v. e. prakt. Arzte. Einzelausg. Nr. 12. 2 Aufl. Heilbronn, J. Stern 1894 gr. 16°. M. –.30.
12. Prochownicks Diät zum Ersatz der künstlichen Frühgeburt (36 Bl.).
208 Feis (O.), Ueber die Wirkung des im mütterlichen Blut angehäuften Harnstofs auf Uterus und Fötus. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVI, 1.
209 Feis (O.), Ueber intrauterine Leichenstarre. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVI, 2.
210 Haspels (J.), De Prochownick'sche dieetkuur. Proefschrift, Amsterdam, Metzler & Basting 1894 (VIII, 86 blz.) 8°.
211 Münchener medicinische Abhandlungen, 4 Reihe. Arbeiten aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik. Hrsg. von F. v. Winckel. 5 Hft. München, J. F. Lehmann 1894. gr. 8°.
Ueber Drillingsgeburten. Von Sigm. Mirabeau (44 S.).
212 Vidal, Des fractures dites spontanées pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse. Paris 1894, 4°.
213 Woerz (H. von), Eine Missbildung mit Amniosnabel, Ectopie der Blase, Symphysenpalt und Spina bifida. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 1.

e. *Leer van het bekken.*

214 Goenner (A.), Das Verhältnis des Schädels der Mutter zu dem des Kindes und dessen geburtshülfliche Bedeutung, mit gleichzeitiger Berücksichtigung des mütterlichen Beckens. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 2.
215 Holl (M.), Ueber die bildliche Darstellung der Lage des menschlichen Beckens. Ein historisch-anatom. Exkurs. Graz, Leuschner & Lubensky 1894 (17 S. m. 3 Taf.) 4°. M. 5.—.
216 Reynaud, Examen externe du bassin normal en clinique obstétricale. Thèse. Paris 1894, 4°.
217 Stratz (C. H.), Over het Javaansche vrouwenbekken. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* VI, 1.
218 Treub (H.), De onmiddellijke verwijding van het bekken. — *Weekbl. Tijdschr. v. Geneesk.* 1894, I, 20.

f. Abortus. — Kunstmatige vroeggeboorte. — Baring.

219 Guinsbourgue, De la tuberculose et des vomissements incoercibles considérés comme indications au point de vue de l'expulsion provoquée; les vieilles et les nouvelles méthodes de cette opération et l'influence de ces dernières au point de vue des indications pour l'avortement légal artificiel. — *Arch. de tocol.*, mars.

220 Goenner (A.), Ein Fall von selbsteingeleitetem Abort. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 3.

221 Prochownik (L.), Ein Beitrag zur Mechanik des Tubenaborts. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder 1894, (31 S. m. 3 Lichtdr.-Taf.) 8° M. 3.20.

222 Laban, De la légitimité de l'accouchement et de l'avortement provoqués dans l'albuminurie de la grossesse. Thèse. Lyon 1894. 4°.

223 Lambrecht (H.), Zehn Fälle von künstlicher Frühgeburt bei engem Becken. Diss. Göttingen 1894 (45 S. m. Tab.) 8°.

224 Nieberding (Wilh.), Beitrag zur künstlichen Frühgeburt. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."] Wien, A. Hölder 1894 (7 S.) 8°. M. —.50.

225 Schaefer (O.), Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. Diss. Jena 1894 (66 S.). 8°.

225a Abegg (H.), Dermoïdecyste e. Eierstockes als Geburtshinderniss. [Aus: „Festschrift der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkol."]. Wien, A. Hölder. 1894 (3 S.) 8°. M. —.50.

226 Birgelen (H.), Ueber die Geburtsverhältnisse von Primiparen im frühen Lebensalter. Diss. Bonn 1894 (29 S.). 8°.

227 Clairfond, Considérations cliniques sur la bosse séro-sanguine dans le présentation du sommet. Thèse. Paris 1894, 4°.

228 Doorman (J. D.), Ruptura uteri durante partu. — *Ned. Tijdschr. v. Verlosk.* V, 4.

229 Gottschalk (S.), Zur Lehre von der hinteren Scheitelbein-Einstellung. — *Berl. Klin. Wochensch.*, 15 Jan.

230 Herman (G. E.), Difficult Labour: A Guide to its Management For Students and Practitioners. With 162 Illusts. (VI, 450 p.) London Cassel 1894. 8°. 12 Shill.

231 Maasland (H. F. P.), Iets uit mijn verloskundige praktijk. — *Geneesk. Tijdschr. v. N. I.* XXXIV, 3.

232 Matz (Paul), Ein Geburtsfall bei durch Fractur verengtem Becken. Diss. (18 S.) Königsberg (W. Koch), 1894. 8°. M. —.80.

233 Ries (E.), Ueber die innere Untersuchung Kreissender durch den Mastdarm. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 17,

234 Speyr (T. v.), Die mehrfachen Geburten in ihren erblichen Beziehungen. Diss. Basel 1894. (23 S. u. 11 Diagramme.) 8°.

235 Steinbüchel (Rich. v.), Ueber Gesichts- u. Stirnlagen. Aus der Universitäts-Frauenklinik des Prof. R. Chrobak. Wien, A. Hölder. 1894, gr. 8°. (99 S.) M. 2.60.

236 Friedeberg (W.), Ueber Albuminurie im Anschluss an den Geburtsakt. — *Berl. klin. Wochensch.*, 22 Jan.

237 Matthaei (F.), Zwei Fälle von centralem Dammriss. — *Deutsche med. Wochensch.*, 10 Mai.

238 Matz (P.), Ein Geburtsfall bei durch Fractur verengtem Becken. Diss. Königsberg 1894. (18 S.). 8°.

239 Muret (M.), Des positions transversales du sommet au détroit inférieur du bassin. — *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1.2.

241 Veit (J.), Zur Pathologie und Therapie der Blutungen unmittelbar nach der Geburt. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXXVIII, 2.
242 Woerz (H. von), Ein Fall vom Lymphangioma subaxillare als Geburtshinderniss. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 5.
243 Rossa (E.), Ueber Bedeutung und Aetiologie des vorzeitigen Meconiumabganges. — *Arch. f. Gynäkol*, XLVI, 2.

g. Bijzondere Kunstbewerkingen.

244 Masson, Contribution à l'étude du mode d'action de la craniectomie. Thèse. Lyon 1894, 4°.
245 Lipinski (G.), Ueber einen Fall von Decapitation mit dem Braunschen Schlüsselhaken. Diss. Greifswald 1894 (19 S.), 8°.
246 Grenet, Etude théorique et critique des principaux moyens employés pour provoquer et accélérer la dilatation du col pendant le travail de l'accouchement. Thèse. Paris 1894, 4°.
247 Pulvermacher (J.), Ein meines Wissens noch nicht beschriebenes Verfähren zur Herausbeförderung des nachfolgenden Kopfes. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 29.
248 Mangiagalli (L.), Ovariotomie während der Schwangerschaft und nach der Geburt. — *Berl. klin. Wochensch.*, 21 Mai.
249 Cohn (M.), Perforation eines Ulcus ventriculi am Ende der Gravidität. — *Therap. Monatsh.*, Mai.
250 Strassmann (P.), Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes und ihre Beziehung zur Therapie bei Beckenenge. — *Berl. klin. Wochensch.*, 18, 25 Jun. 2 Jul.
251 Allert (M.) Ein Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind (Tamponade der Uterinhöhle nach Dührssen). Diss. Königsberg 1894. (33 S.) 8°.
252 Bernays (A.), The first successful case of Caesarean section in placenta praevia, and remarks on the method of operation. — *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 mai.
253 Braun v. Fernwald (Dr. Rich.), Der Kaiserschnitt bei engem Becken (104 S.) Wien, J. Safar. 8°. M. 3.—.
257 Dolder (U.), Die Stellung des Landarztes zur Perforation und Sectio caesaria. Nach seinem Tode herausg. von Th. Wyder. — *Samml. Klin. Vorträge* 99.
258 Kwasniewski (P.), Kaiserschnitt nach der conservirenden Methode bei ein und derselben Person zum zweiten, dritten und vierten Male wiederholt. Diss. Jena 1894. (44 S.), 8°.
259 Bensinger (M.), Schambeinschnitt ohne Knochennaht. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 7.
260 Cocq (V.), De la symphyséotomie dans les angusties pelviennes; recherches expérimentales; faits cliniques. Thèse. Bruxelles 1894. 8°.
261 Fritsch (H.), Vier Symphyseotomien. — *Centr. Bl. f. Gynäk.*, 19.
262 Heller (G.), Ueber die Heilungsvorgänge nach dem Symphysenschnitt. Diss. Würzburg 1894 (26 S.) 8°.
263 Leopold (G.), Ueber die Symphyseotomie und ihre Indicationsstellung. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 19.
264 Müllerheim (R.), Die Symphyseotomie. — *Samml. klin. Vorträge*, 91.
265 Beese (P.), Ueber die sogenannte prophylaktische Wendung. Diss. Halle 1894. (39 S.), 8°.
266 Dubrisay (L.), De la version dans les bassins rétrécis. Paris, Société d'éditions scientif. 1894. 8°. fr. 4.—

267 W e h l e (J.), Wendung und Extraction oder Symphyseotomie? — *Münch. med. Wochensch.*, 19 Juni.

h. *Instrumenten.* — *Middelen.*

268 F r i e d e n t h a l (H), Die Hülfsmittel des Geburtshelfers nebst Beschreibung eines neuen Perforatoriums mit Extraktionsvorrichtung. Diss. Bonn 1894. (54 S. u. 1 Taf.) 8°.

269 C o c q (V.), De la compression exercée par le forceps sur la tête de l'enfant. — *Arch. de tocol.*, mai.

270 D a r r a z (Ch.), Etude statistique sur les applications du forceps chez les multipares. Thèse. Paris, Steinheil 1894. 4°.

271 G u i n s b o u r g u e, 95 cas d'accouchement terminés par le forceps; observations personnelles. — *Arch. de tocol.*, mars.

272 S c h m i d (C.), Die Prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen an der geburtshülflichen Klinik zu Basel. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLVII, 1.

273 H e n r o t a y, Rapport sur l'antisepsie en obstétrique. — *Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obstétr.*, 2.

274 P f a n n e n s t i e l (J.), Ueber die Gefährlichkeit der intra-uterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 4.

275 K a l t (A.), Thuja occidentalis als Emmenagogum und Abortivum. — *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 April.

i. *Navelstreng.* — *Placenta.*

276 D o k t o r (A.), Ueber die Heilung und Behandlung des Nabels. — *Arch. f. Gynäkol.*, XLV, 3.

277 F l e i s c h m a n n (A.), Ein Fall von Hernia funiculi umbilicalis mit Tumor sacralis. Diss. Königsberg 1894 (26 S. u. Taf.) 8°.

278 F u n k e, Ueber einen Fall von spontan intra-uterin gerissener Nabelschnur. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.* 31.

279 L a n g e (M.), Beitrag zur Histologie des menschlichen Amnion und des Nabelstranges. — *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 1.

280 P o e p p e l m a n n (W.), Die Behandlung des Nabelschnurbruches. Diss. Marburg 1894. (38 S.) 8°.

281 R e u t e r (F r i t s), Die Therapie des Nabelschnurvorfalls bei Kopflagen in ihrer allmächlichen Entwicklung bis zum heutigen Stande der Dinge. Diss. (99 S.) Bonn, P. Hanstein) 1894. 8°. M. 1.50.

282 S p u d e (H.), Zur Therapie des Prolapsus funiculi umbicialis bei Kopflagen. Diss. Halle 1894. (50 S. u. 1 Taf.) 8°.

283 F r a n q u é (O. v o n), Anatomische und klinische Beobachtungen über Placentarerkrankungen. — *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXVIII, 2.

284 F r e u d e n b e r g, Zur Luftembolie bei Placenta praevia. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 20.

285 G o t t s c h a l k, Das Sarcom der Chorionzotten. Nebst Bemerkungen über das Wesen der bösartigen Geschwülste im Allgemeinen. — *Arch. f. Gynaek.* XLVI, 1.

286 H e u c k (H.), Ein neuer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia. — *Zeitschr. f. Gynäkol.*, XXVIII, 1.

287 H o f m e i e r (M.), Zur Entstehung der Placenta praevia. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXIX.

288 K r i m m e l (E m i l.), Ueber frühzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz. Diss. Tübingen, (F. Fues) 1894 (24 S.) 8°.

289 N ij h o f f (G. C.), De loslating van de normaal gelegen placenta tijdens de zwangerschap. — *Ned. Tijdsch. v. Verlosk.* VI, 1.

290 **Payran**, De la rupture artificielle des membranes dans les cas d'hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta. Thèse. Paris 1894, 4°.
291 **Poirier**, De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. Thèse. Paris 1894, 4°.
292 **Rombach** (J. J. C. A.), De loslating van de normaal gelegen placenta tijdens de zwangerschap. Proefschrift. Leiden E. IJdo 1894. (VIII, 34 S.) 8°.
293 **Sanner** (R.), Der Verlauf der Nachgeburtsperiode bei Zwillingsschwangerschaft und das Verhalten der Secundinae. Diss. Marburg 1894 (32 S.) 8°.
294 **Weiss** (O. **von**), Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. — *Arch. f. Gynäkol.* XLVI, 2.

j. ***Kraambed en ziekten der kraamvrouwen.***

295 **Czemetschka** (J.), Zur Kenntniss der Pathogenese der „puerperalen Infection"; Metrolymphangitis post partum als Metastase anderweitiger durch Diplococcus pneumoniae bedingter Erkrankungen. — *Prag. med. Wochensch.*, 10 Mai.
296 **Drage** (L.), On puerperal fevers. — *Lancet*, 24 febr. and 3 march.
297 **Feinberg** (B.), Zur Kasuistik des plötzlichen Todes im Wochenbett durch Embolie der Lungenschlagader. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 20.
298 **Gaertig** (H.), Ueber Erythem im Wochenbett. — *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 10.
299 **Gocht** (H.). Scharlach im Wochenbett. Diss. Erlangen 1894 (57 S.) 8°.
300 **Goldberg** (A.), Ein Fall von Haematoma vulvae et vaginae post partum. — *Centr. Bl. f. Gynäk.*, 30.
301 **Lipinsky** (S.), Ein Fall von Erythema im Wochenbette. — *Centr. Bl. f. Gynäk.*, 6.
302 **Löhlein** (H.), Zur Frage von der Entstehung der puerperalen Osteomalakie. — *Centr. Bl. f. Gynäk.*, 1.
303 **Ludwig** (H.), Ueber Veränderungen der Frauenmilch und des Colostrums bei Krankheiten der Wöchnerinnen. — *Arch. f. Gynäk.*, XLVI, 2.
304 **Mey** (G. H. **van der**), Openingsrede van de 45e Alg. vergadering der Ned. Maatsch. ter bevordering der Geneeskunst. — *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 1894 II. 1.
305 **Müller** (G.), Ueber Morbidität und Mortalität in der Marburger Entbindungsanstalt im Decennium 1883—1893. Diss. Marburg 1894. (37 S.) 8°.
306 **Recht** (N.), De la miction chez les femmes en couches. Thèse. Paris. Steinheil 1894 (62 p.) 4°.
307 **Roche**, Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané chez les femmes en couches. Thèse. Paris 1894, 4°.
308 **Schmidt** (P.), Zwei Fälle scheinbarer puerperaler Selbstinfection. Diss. Greifswald 1894. (24 S.), 8°.
309 **Schrader** (W.), Woher der therapeutische Misserfolg der Antisepsis beim Puerperalfieber? *Samm. Klin. Vorträge* 95.
310 **Weissgerber** (P.), Vorrichtung zur Desinfection der Scheide und Verhütung des Wochenbettfiebers. — *Deutsche Med. Ztg.*, 9 Juli.
311 **Schlichter** (F.), Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme. — Wien, Safár. 1854, (68 S. m. 5 Abbildg.) 8°. M. 2.50.
312 **Haultain** (F. W. N.) and **Ferguson** (J. H.), Handbook of Obstetric Nursing, 2d ed., Revised and enlarged. With 33 Wood Engravings. Londen 1894 (250 p.), 8°. 5 Schill.

(*Wordt vervolgd.*)

CASUÏSTISCHE BIJDRAGEN

(Uit de Gynaecologische Kliniek te Amsterdam),

DOOR

Dr. J. A. KOCH,

1e Klin. Assistent.

De poging, om tuberculeuse peritonitis door de laparotomie te genezen, kan in den regel alleen worden beproefd door chirurgen, beschikkende over velerlei hulpmiddelen.

De methode van Prof. Nolen [1] [2], om door het inblazen van lucht in de peritoneaalholte, genezing van de tuberculeuse buikvlies-ontsteking te verkrijgen, ligt binnen 't bereik van ieder medicus.

Theoretische beschouwingen waren het, die Prof. Nolen hiertoe brachten. *Practisch* zag men, dat laparotomie in de meeste gevallen genezing of verbetering aanbracht. Prof. Nolen hield 't lucht-contact met 't zieke peritoneum voor de oorzaak dezer genezing. Welnu, op veel eenvoudiger wijze kon door punctie van den buik, met opvolgende luchtinblazing, deze aanraking met den dampkring worden verkregen.

Bij den mensch was dit slechts éénmaal beproefd, n. l. door Mosetig Moorhof [3]. Experimenten hieromtrent genomen op *dieren* waren reeds oud. Wegner [4]) deed o. a. hierover uitgebreide onderzoekingen.

Bij een groot aantal dieren, zoowel honden als konijnen, blies hij de peritoneaalholte geheel vol met (niet-gesteriliseerde) lucht. Tot zijn verwondering, bemerkten de dieren hiervan zeer weinig. De konijnen sprongen met hun dikken buik en breeden rug nog even lustig rond als te voren, en ook de honden vertoonden geen enkel ziekteverschijnsel. Na 3 dagen was de lucht geheel geresorbeerd, en de buik weêr even slank als te voren.

Eenige dieren werden wekelijks, ja zelfs meerdere keeren 's weeks, maximaal met lucht opgeblazen.

Dit procédé werd tot 7 maanden achtereen voortgezet! De dieren bleven daarbij even gezond, veranderden oogenschijnlijk niets; alleen

---

1) Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde 1893 bl. 801.

2) Berliner klin: Wochenschrift 1893 no. 34 S. 813.

3) Mosetig-Moorhof, Wiener med. Presse 1893 no. 1. (Bij een kind met tubercul. epididymitis werd lucht door 't lieskanaal in de tuberc. buikholte geblazen).

4) Wegner, Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie 1877 Bd. XX S. 51.

werden de buikbekleedselen door deze voortdurende sterke uitrekking veel slapper [1]).

Verrichtte Wegner nu na eenigen tijd sectie, dan vond hij bij dieren, die slechts een- of tweemaal waren opgeblazen, absoluut niets. Was echter deze kunstbewerking maanden achtereen eenige keeren 's weeks voortgezet, dan vond hij steeds dezelfde veranderingen: 't Peritoneum was algemeen iets dikker geworden. Nabij de wervelkolom vertoonde de serosa eenig polypeuse aanhangselen uit gevasculariseerd bindweefsel bestaande. Hier en daar waren verder onder de serosa eenige kleine luchtblaasjes zichtbaar. Bij 't mesorectum en nog meer bij 't centrum tendineum van het diaphragma waren zelf luchtblazen aanwezig ter grootte van een okkernoot, van binnen met endotheel bekleed, dus plaatselijk uitgezette lymphebanen. Ook elders waren teekenen van een lichte woekering van bindweefsel aanwezig.

Uit dezen proeven bleek dus, dat 't normale peritoneum onder invloed van de lucht zekere veranderingen ondergaat, n. l. *een hyperplastische ontsteking*. Toch zijn deze veranderingen zóó gering, dat alleen herhaalde toepassing der kunstbewerking ze duidelijk doen uitkomen.

Gaan we nu na, welke veranderingen de *laparotomie* op 't peritoneum te weeg brengt:

We kunnen hiertoe beschikken over een buitengewoon groot aantal dierproeven [2]) [3]) [4]).

In eene reeks van experimenten werd laparotomie vericht bij normale gezonde beesten, in eene andere reeks bij dieren met tuberculeuse peritonitis.

In 't algemeen zag men steeds, hoe de laparotomie door een ontstekingachtige reactie werd opgevolgd, een vermeerdering der bloedvaten, uittreden van vagocyten, en ten slotte op vele plaatsen een vorming van jong bindweefsel.

Had men nu de dieren door injectie van tuberculeus materiaal [5]) eerst

---

[1]) Bij zijne proeven had Wegner juist dieren met slappe buikbekleedselen noodig, dus dit was zijn *doel*.

[2]) Nannotti u. Baciocchi, Centralblatt f. Bakteriol. u. Parasitenkunde Bd. XV 1894 S. 650. (Ueber den Mechanismus und über den Genesungsprozess der tuberculösen Peritonitis durch die Laparotomie).

[3]) Stchegoleff, Archives de medecine expérimentale et d'anat. pathol. 1894 Tome VI p. 649. (Recherches expérimentales sur l'influence de la laparotomie sur la peritonite tuberculeuse).

[4]) Kischensky, Centralblatt f. allg. Pathologie u. pathol. Anatomie 1893 Nov. S. 865 (Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Laparotomie auf die Bauchfelltuberculose der Thiere).

[5]) Als tuberculeus materiaal dienden: sputa, reinculturen van tuberkelbacillen, òf fijngewreven tuberculeuse klieren van cavias met gewone cultuur-bouillon vermengd.

kunstmatig tuberculeuse peritonitis bezorgd en verrichtte men daarna laparotomie, dan zag men soortgelijke veranderingen ontstaan, als zooeven werden genoemd. Hyperplasie van bloedvaten, phagocytose en bindweefselwoekering traden ook nu op. De groei van bindweefsel deed zich daarbij vooral voor rondom en binnen de tuberkels; deze werden hierdoor ingekapseld en in hun verdere ontwikkeling belemmerd.

De laparotomie had daardoor steeds een onmiskenbaar gunstigen invloed. Honden, *genazen* van hun tuberculeuse peritonitis volkomen. Bij konijnen werd de levensduur aanzienlijk verlengd; terwijl deze dieren met tuberculeuse peritonitis, wanneer *geen* laparotomie geschiedde na 1 tot 3 maanden stierven, bleven de konijnen wanneer ze gelaparotomiseerd werden tot 5 maanden in leven.

Een hyperplastische ontsteking komt dus zoowel na laparotomie, als na lucht-insufflatie voor, echter zeer verschillend in graad. Bij de laparotomie zijn de verschijnselen van hyperpl. ontsteking zeer duidelijk, na lucht-insufflatie zijn deze nauwelijks, en eerst na herhaalde luchtinblazingen waarneembaar. Wanneer 't dus werkelijk deze reactieve ontsteking van het peritoneum is, die de genezing der tuberculose zou te weeg brengen, dan zou dus *'t insuffleeren van lucht wèl in dezelfde richting genezend werken als de laparotomie, doch veel zwakker.*

't Aantal gevallen nu, dat in de litteratuur werd meegedeeld over luchtinblazing in de tubercul. buikholte bij den mensch, is nog veel te klein, om daaruit bij ervaring een vaststaand oordeel over 't al of niet radicale der therapie te vormen.

Mosetig Moorhof [1]) behandelde *één* geval op deze wijze (gunstig).

Prof. Nolen [2]) deelde 3 gevallen mee, waarvan 2 genazen, terwijl de 3e pat. na eenigen tijd overleed, zonder dat zich opnieuw ascites-vocht had gevormd.

Dr. Kooperberg [3]) beschreef onlangs twee gevallen (beide gunstig).

Dr. Wenckebach [4]) deelde één geval mee (gunstig).

Folet [5]) paste deze therapie bij ééne patiënte toe (gunstig).

Al was nu in de meeste gevallen de tijd van observatie nà de luchtinblazing te kort, om ook over een blijvend resultaat te kunnen oordeelen, toch is 't zeer gewenscht, dat *ieder die deze*

---

[1]) Wiener medic. Presse 1893 no. 1.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift 1893 no. 34 S. 813.
[3]) Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde Nov. 1894 p. 912.
[4]) " " " " Jan. 1895 p. 105.
[5]) Folet. Semaine medic. 27 Nov. 1894 p. 544.

therapie toepast, haar resultaat, 't zij positief, of negatief, meedeelt.

De historia morbi van eene patiënte, in de Gynaec. klin. van Prof. van der Meij, waarbij *herhaaldelijk lucht-insufflatie* werd verricht, moge daarom hier een plaats vinden.

De 19-jarige ongehuwde pat. M. V. werd 26 Oct. '93 in de kliniek opgenomen.

Sedert 6 maanden bemerkte patiënte, die steeds bijzonder vroolijk en opgeruimd van humeur was, dat haar buik langzamerhand dikker werd. Dit begon voor haar zeer onaangenaam te worden, te meer, omdat hare medebewoners van het plaatsje H. hierdoor voortdurend aanleiding vonden, haar van graviditeit te verdenken! Pijn in den buik had pat. nooit; alleen kreeg ze hier in den laatsten tijd een gevoel van spanning, waardoor ze een weinig kortademig werd.

In de laatste 2 jaren had ze 2maal dikke beenen, die echter na 3 maanden spontaan weêr dunner werden. Een enkele keer kreeg ze ook pijn in de linkerzij van de borst.

De menses, die op 16-jarigen leeftijd voor 't eerst verschenen, waren steeds zeer onregelmatig, en bleven soms tot 8 maanden weg. Alleen gedurende de laatste 6 maanden waren ze geregeld. Hoesten doet pat. zelden. Heriditaire aet. momenten voor tuberculose zijn niet duidelijk aan te toonen.

Status praesens. Een eerste blik op de vrij gezond uitziende, forsch gebouwde jonge vrouw, met haar sterk opgezetten buik, deed een ovariaalcyste vermoeden. Een nauwkeuriger onderzoek echter leerde iets anders.

Inspectie. Bij rugligging was de buik gelijkmatig opgezet, en puilden de flanken vrij sterk uit.

Bij *mensuratie* bedroeg de afstand van navel tot symphisis pubis 22.5 cM., die van navel tot proc. ensiformis 17 cM. De grootste omtrek van den buik werd 5 cM. beneden den navel gevonden, n.l. 109 cM.

Bij *palpatie* bleek de buikwand op alle plaatsen vrij gemakkelijk indrukbaar. Overal vindt men duidelijk fluctuatie.

De *percussie* leert, hoe de grens der dofheid 5 cM. boven den umbilicus verloopt, concaaf naar boven. De flanken zijn bij rugligging mat, bij zijligging beurtelings tympanitisch.

De achterste vaginaalwand prolabeert buiten de rima vulvae.

Bij Hegar's onderzoek per rectum kan de portio vaginalis gemakkelijk tot in den introitus vaginae worden gebracht. Wordt nu de vinger haakvormig over den fundus uteri gelegd, dan gelukt 't nergens een verbinding tusschen den kleinen bewegelijken uterus en een kyste waar te nemen. Wèl bestaat er echter aan weêrskanten van den fundus uteri een zekere hobbelige weêrstand.

Aan hart en nieren worden geen afwijkingen gevonden. Wat de longen betreft, vindt men hoogstand van het diaphragma.

De *diagnose* wordt gesteld op *tuberculeuse exsudatieve peritonitis*, misschien met genitaal-tuberculose als oorzaak.

't Exsudaat staat onder tamelijk hooge spanning, zoodat 't Cavum Douglasii den achtersten vaginaalwand naar buiten heeft gedrongen.

Tot *laparotomie* word den *14en Nov. '93* overgegaan door Prof. van der Meij.

't Peritoneum bleek hierbij sterk verdikt, zoo zelfs, dat men een oogenblik in twijfel verkeerde, of misschien met 't dikke buikvlies ook darmlussen waren vergroeid.

Om zekerheid te hebben wordt daarom de incisie van de symphisis pubis tot 4 cM. boven den umbilicus verlengd. De geheele buiksnede heeft daardoor een lengte gekregen van 26.5 cM.! Overal echter is 't peritoneum *even* stug en dik, nergens is eenige omschreven weerstand achter het peritoneum te voelen, zoodat dit zonder bezwaar kan worden geopend.

Ruim 7 Lr. dun, geel, eenigszins troebel vocht vloeit hierbij af. 't Peritoneum parietale blijkt nu overal met tallooze, tot erwtgroote harde knobbeltjes bezet te zijn. Beziet men de intestina, dan komen vooral op die dundarmlussen, welke nabij 't kleine bekken zijn gelegen, eveneens tallooze kleine knobbeltjes voor. Darmlussen, ver van het kleine bekken verwijderd, zijn hiervan nagenoeg geheel vrij. De sereuse bekleeding van den fundus uteri is *dicht* bezaaid met deze harde hagelkorreltjes. Aan weêrskanten van den uterus liggen de gekronkelde, ongeveer pink-dikke atretische tubae, eveneens dicht met tuberkel-conglomeraten voorzien. Ze zijn hierdoor tot een stijve, weinig bewegelijke massa vervormd.

Nadat nu 't ascites-vocht zooveel mogelijk is weggevloeid, wordt 2 gr. jodoformpoeder in de buikholte verdeeld, waarna de buikwond wordt gesloten.

Daar uterus en tubae dichter met tuberkelknobbeltjes waren bezet dan eenige andere plek in de buikholte, en daar verder 't aantal knobbeltjes grooter werd, naarmate men 't kleine bekken meer naderde, werd een *primaire genitaaltuberculose* hier voor waarschijnlijk gehouden.

't Wondverloop na de laparotomie was ongestoord. De hoogste temp. bedroeg 37,8^0 C., en pat. herstelde zich zeer snel.

Minder gunstig echter was de invloed der laparotomie tegen de vorming van peritonitisch exsudaat. Reeds zeer spoedig kon opnieuw vrij vocht worden aangetoond, en den 21sten Dec., dus 5 weken na de laparotomie, bedroeg de grootste omtrek van den buik reeds 95 cM.

Pat. werd nu tijdelijk ontslagen, om 31 Jan. '94 opnieuw te worden opgenomen. De buik had thans een omvang van 1 Meter.

10 Febr. '94 werd in chloroform-narcose volgens de *methode van* Prof. Nolen vochtige, steriele lucht in de buikholte geblazen. Door een kleine incisie midden tusschen navel en spina ant. sup. ossis ilei dextri vloeit eerst ongeveer 6 Lr. ascites vocht af. Met een tabakzakhechting wordt nu 't peritoneum rondom een glazen buisje samengesnoerd, en 4 Lr. steriele lucht langzaam ingebracht. Na 5 minuten wordt 3½ Lr. weêr geaspireerd, zoodat ½ Lr. lucht in de buikholte terugblijft.

Den dag, volgende op deze luchtinblazing kreeg pat. *pijn in den buik.* Ze braakte een paar keer en gevoelde zich vrij sterk ziek. Terwijl ze te voren alleen ietwat verhoogde ochtendtemp. had, 37.2° C., werd de temp. thans 's ochtends 37.5° C., en 's avonds 38.2° C., ja, na 6 dagen steeg de temp. tot 39.4° C., om daarna in verloop van eenige dagen langzaam te dalen. Gedurende dezen tijd had pat. tevens pijn in de linker zij, hoewel hier geen afwijkingen konden worden waargenomen.

De reactie na deze luchtinblazing was dus zeer aanzienlijk geweest. Pat. was hierdoor veel meer in hare gezondheid geschokt dan door de zeer uitgebreide laparotomie 3 maanden te voren. *Op den terugkeer van het peritonitisch exsudaat echter had de luchtinsufflatie evenmin een gunstigen invloed als de laparotomie.*

17 Maart '94 toch, dus 5 weken na de punctie, was de buik weêr sterk uitgezet. De grootste omtrek bedroeg nu 104 c.M.

Met een *dikken* buik-trocart werd nu, buiten narcose, (links midden tusschen navel en spina ant. s. ossis ilei), 9 Lr. barnsteengeel, sterk eiwithoudend vocht, van een S. g. van 1.020 ontlast. 6 Lr. steriële lucht wordt daarna ingebracht en hierop gedurende 3 min. een weinig gemasseerd, om een innig contact tusschen lucht en darm-serosa te verkrijgen.

5½ Lr. lucht wordt nu weêr uitgezogen. De punctie-opening wordt met een stukje salicyl-kleefpleister bedekt, waarover een licht comprimeerend verband wordt aangelegd.

's Avonds na de punctie, bedroeg de temp. 38.2° C. Den volgenden morgen gevoelde pat. zich ziek. Ze had een weinig buikpijn en de temp. steeg 's avonds tot 39.1° C. 't Stukje salicyl-pleister werd verwijderd, waarbij de randen der punctie-opening wat hyperaemisch bleken. Aan de pleister kleefde een droppel pus. 't Wondje werd verbonden met steriel jodoformgaas, bevochtigd met salicylwater, een verband, dat 2 maal daags werd gewisseld.

Gedurende de volgende 12 dagen schommelde de ochtend-temp. tusschen 37.4° en 38.5° C., de avond-temp. tusschen 38.5° en 39.8° C.

Pat. vertoonde een licht, symetrisch oedeem van onderbuik, labia maj. en minora. Hoewel de buikwand nergens pijnlijk was, en zeer weinig rood, werd een ontstekingachtig oedeem, van de punctie-opening uitgaande toch voor waarschijnlijk gehouden.

Intusschen was ook een andere verklaring mogelijk. Na 't terugtrekken van den *dikken* trocart kon 't nog overgebleven ascites-vocht niet langer naar buiten vloeien, daar huidverschuiving, huid-retractie en bovendien 't kleefpleister dit verhinderden. In 't vrij ruime steekkanaal echter kon de vloeistof zich wèl uitstorten. Van hier kon 't zich in praeperitoneale bindweefsel, onderhuidsch celweefsel en tusschen de andere lagen van den buikwand verder verspreiden. Deze verspreiding van vocht had vooral naar beneden toe plaats, van daar 't uitgebreide oedeem aan onderbuik en labia.

Evenals na de vorige luchtinblazing kreeg pat. ook dezen keer pijn in de linkerzijde van de borst. Thans was hier gedurende 3 dagen een pleuritis sicca te hooren. Eerst na 3 weken verdwenen de temp. stijgingen. 24 April '94 werd pat. dan ook op haar verzoek tijdelijk ontslagen. Wel is waar was ook thans weêr een aanzienlijke hoeveelheid vrij vocht in de buikholte aanwezig, doch pat. kon zich, gesteund door een buikgordel. hiermeê toch vrij gemakkelijk bewegen.

20 Juni, dus 3 maanden na de laatste punctie, werd onze pat. opnieuw opgenomen. Ze was thans belangrijk dyspnoeisch, de buik was sterk opgezet en bij percussie *overal mat;* de omvang bedroeg *115 cM.!*

Indicatio vitalis bestond dus, om den intra-abdominalen druk te verminderen, en 't vocht af te tappen.

De luchtinblazingen waren nu 2maal *totaal zonder succes geweest.* Beide keeren had pat. zich hierna veel sterker ziek gevoeld, dan na de laparotomie in Dec. '93, waarbij de buikholte toch over een lengte van bijna *27 cM.* werd opengelegd. Van de lucht-insufflatie werd dus geheel afgezien.

Uitsluitend palliatief zou echter de punctie niet mogen zijn. Besloten werd daarom thans geen lucht, doch wel *jodoform-poeder* in de buikholte te brengen.

In de goed verwarmde kamer verwijderde ik daartoe met een hydrocèle-trocart (dus een *dunne* canule), buiten narcose 't vocht. 14 Liter vloeide hierbij langzaam af, wat ruim 1 uur duurde. Daarop wordt de canule van den trocart naar verschillende kanten van de buikholte gericht, en op elke plaats een weinig jodoform-poeder gedeponeerd. Dit gaat gemakkelijk nadat de hydrocèle-trocart door een kort stukje draineer-buis met een glazen trechtertje is verbonden. Een dikke sonde schuift nu 't jodoform-poeder naar verschillende

plekken in den buik. Aldus verdeelt men op 5 plaatsen samen $4^1/_2$ gr. steriel jodoform-poeder. Een aseptisch comprimeerend verband wordt hierover aangelegd, en pat. beveelt men aan zich uiterst rustig te houden.

Na deze punctie blijft de vrouw geheel zonder pijn. Ze gevoelt zich zeer wel. De avond-temp. bedraagt 37.6° C.

Ook den 2en en den 3en dag gevoelt pat. zich zeer goed. De avond-temp. stijgt echter tot 38.7, resp. 38.4° C. Daarna blijft de temp. steeds vrij normaal, d. w. z. stijgt niet hooger dan 37.5° C. De pols-frequentie, die vóór de punctie schommelde tusschen 98 en 116, bedraagt nu 80 tot 92.

De eetlust gaat snel vooruit, 5 dagen na de punctie loopt pat. vrolijk rond, en 15 Juli, dus 3 weken later wordt pat. geheel zonder klachten en zonder aantoonbaar ascites-vocht ontslagen.

De grootste omvang van den buik bedroeg nu $90^3/_4$ cM.; de afstand v. proc. ensif. tot symph. pub. 29 cM. (vóór de punctie 115 cM. resp. 40.5 cM.).

6 Weken bracht ze nu met de vacantie-kolonies in Zandvoort door. Geruimen tijd gebruikte ze nog salicyl-arsenik. Herhaaldelijk liet ik patiënte in de kliniek terugkomen, en telkens kon ik mij van den vooruitgang van den algemeenen voedingstoestand overtuigen.

Onlangs, 1 Mei '95, dus $1^1/_2$ jaar na de laparotomie, en *10 md. na de laatste punctie*, onderzocht ik pat. opnieuw. Blozend en gezond ziet ze er uit, de panniculus adiposus is *aanzienlijk* vermeerderd, ze is geheel zonder klachten. Wel is waar bedraagt de omvang van den buik thans 88 cM., doch ascites-vocht ontbreekt. De forsche lichaamsbouw (ze is bijna 6 voet lang en weegt 76 Kg.) en de dikke panniculus, verklaren dan ook voldoende dezen ietwat grooten omvang van den buik. De afstand van proc. ensif. tot symph. pubis bedraagt nu 29 cM. en de lengte van het litteeken 25 cM.

Evenals 26 Oct. '93 vindt men bij vaginaal- en rectaal onderzoek ook thans nog zijdelings van den zeer bewegelijken uterus en vooral links een hobbeligen omschreven weerstand, een convoluut van de gekronkelde tuberculeuse tuba en 't ovarium. Deze weerstand is echter thans iets *kleiner* dan destijds, en meer beweegbaar.

Aan andere organen vertoont pat. nergens teekenen van tuberculose. — Ze gevoelt zich volkomen gezond.

In dit geval was dus zoowel na laparotomie als na luchtinblazing 't peritonitisch exsudaat zeer snel teruggekeerd. Een eenvoudige punctie met inbrengen van jodoform-poeder had daarentegen volkomen genezing ten gevolge.

Zeer zeker is dit resultaat merkwaardig.

Toch zou men hier misschien met een „nawerking", zoowel van laparotomie als van luchtinblazing, te doen kunnen hebben. Menig operateur toch zag weinige dagen na de laparotomie weêr ascites vocht terugkeeren, dat als een product der reactieve ontsteking moet worden opgevat. De gunstige werking der laparotomie deed zich dan eerst in verloop van tijd gevoelen, en de voorspoedige genezing werd toch allerminst verstoord. In ons geval echter, werd de hoeveelheid ascites vocht *zóó* groot, dat deze gunstige „nawerking" der laparotomie zeker TE *laat* zou zijn gekomen. Zonder de laatste punctie toch zou reeds spoedig exitus letalis zijn ingetreden! Van een gunstige „nawerking" viel dus weinig te bespeuren.

Een andere vraag zou deze zijn: *of onze pat., die na de* EERSTE *laparotomie recidief kreeg, door een* TWEEDE *koliotomie had kunnen worden gered?*

Dierproeven [1]) schijnen hierop een bevestigend antwoord te geven. Wanneer bij konijnen na laparotomie de tuberculeuse peritonitis *niet* verbeterde, dan zag men soms hoe eerst een herhaling der operatie gunstig gevolg had.

Bij den mensch bleek 't zelfde. In 66.6°/₀ der gevallen mocht men rekenen door een tweede laparotomie 't gewenschte herstel te verkrijgen. Waar een zoo groote kans op genezing bestaat zal dus herhaling der operatie bij recidief in den regel geïndiceerd zijn [2]).

Bij onze pat. echter houd ik 't voor *on*waarschijnlijk dat een *tweede* buik-operatie genezing zou hebben aangebracht. Na de laparotomie toch, was 2maal *lucht*-insufflatie verricht.

---

[1]) Nannotti u. Baciocchi, Centralbl. f. Bakteriol. u. Paras. Bd. XV 1894 S. 650 (Ref.)

[2]) M. Adossides. Inaug. Dissert. Halle 1893.

Van 405 gevallen van tub. peritonitis die gelaparotomiseerd werden, recidiveerden 33 dus 8.1°/₀. Van deze 33 recidieven werden 12 opnieuw geopereerd, waarna 8 genazen dus 66.6°/₀ en 2 stierven dus 16.5°/₀. Een pat. werd zelfs 3maal gelaparotomiseerd, en genas daarna! (Kelly).

A. is zeer geneigd dit recidief toe te schrijven aan het teruglaten van den oorspronkelijken tuberculeusen haard (tub. tubae en ovaria, een pakket tub. lymphe-kl. etc.).

Toch zou ik dit zeer willen betwijfelen. Bij 't zeer groote aantal gevallen van tub. peritonitis werd schier zonder uitzondering niets anders gedaan dan den buik even openen. Uiterst zelden werd een tubercul. haard geëxstirpeerd, en toch genazen ze bijna allen. 't Wegnemen van den oorspronkelijken haard is dus voor de genezing allerminst noodig.

Een andere oorzaak voor recidief zou kunnen gelegen zijn in 't ongeopend laten van een kleinen hydrops saccatus, doordat deze toevallig door een vrij korte buiksnede niet wordt getroffen.

Toch was hiervan in ons geval zeker geen sprake.

Al is 't niet anders dan een verschuiving van de moeielijkheid, toch zou ik willen aannemen, dat ons geval een bijzonder hardnekkige vorm van tub. per. was, waarbij *één* laparotomie voor de genezing onvoldoende bleek, zoodat andere therapeutische maatregelen moesten volgen.

Bovendien was den tweeden keer, om een glazen buisje te kunnen inbrengen, eerst een incisie door den geheelen buikwand gemaakt. Volgens sommigen nu, zou reeds een zóó kleine laparotomie-wonde in geschikte gevallen voldoende zijn, om genezing te verwekken. Hier echter was 't succes nihil. Een tweede koliotomie had vermoedelijk dan ook evenmin kunnen helpen als de eerste.

Ten slotte zal men dan ook als 't meest waarschijnlijk moeten aannemen, dat noch laparotomie noch luchtinblazing hier mochten baten, terwijl eerst volledig afvloeien van ascites-vocht door punctie, met *inbrengen van jodoform-poeder volledig herstel ten gevolge* hadden.

Pleit nu dit resultaat, waarbij 2maal zonder eenig succes luchtinsufflatie werd beproefd niet TEGEN *de methode* Nolen — Mosetig Moorhof?

Volstrekt *niet*. Prof. Nolen meent, dat 't veelvuldige succes door de laparotomie verkregen, eenvoudiger door luchtinblazing zou kunnen worden bereikt. Hieruit volgt wel allerminst, dat in *hardnekkige* gevallen van tuberculeuse peritonitis, waarbij de laparotomie blijkt *onvoldoende* te zijn, dat daar de luchtinblazing *wel* zou genezen.

Een dergelijk geval nu hadden we hier. Hier zou *jodoform* alleen genezing hebben te weeg gebracht.

Welnu, 't aantal middelen, waaraan men met stelligheid de genezing der tuberculeuse peritonitis heeft toegeschreven is zeer aanzienlijk. Empyrisch werden verschillende middelen beproefd, en ... zag men genezing, dan was 't specificum gevonden.

Onze volkomen onbekendheid met de oorzaak der genezing na laparotomie hangt hiermee ten nauwste samen.

Gaan we een oogenblik na, van welke middelen deze genezing achtereenvolgens werd verwacht, dan vinden we dat:

Ceccherelli [1]) zijn gunstig resultaat na laparotomie aan 't uitwasschen met lauwwarme alcoholhoudende thymol-oplossing toeschrijft.

Andere chirurgen hechten veel aan het gebruik van antiseptica, carbol, sublimaat etc.

Hier in de gynaec. klin. werd eenige keeren *zonlicht* met een spiegel *in* de buikholte geworpen, en ook deze pat. genazen.

Debove [2]) meent door 't uitwasschen der buikholte met een geconcentreerde oplossing van *boor-water* na punctie, de peritonitis te kunnen genezen.

Truc injicieerde na punctie der buikholte jodoform-aether, Maurange, vloeibare vaseline met jodoform.

Whittier wil, nadat een zeer kleine incisie is gemaakt, met

[1]) Centralblatt f. Bakteriologie Bd. XII 1892 S. 887 Ref. Ceccherelli. Contributo alla cura della peritonite tubercolare.

[2]) Treub, Leerboek der Gynaecol. bl. 496. Debove, Semaine medic. 1890 p. 382.

een dikke draineerbuis een maand lang draineeren, onder weghevelen van het vocht. Deze manier van handelen is natuurlijk streng af te keuren.

Kirmisson[1]) verrichtte bij een kindje van 3 jaar laparotomie. Toen na 5 dagen 't ascites vocht weêr terugkeerde, begon hij met een serie injecties in de buikholte te maken van bloedserum van een hond. De genezing die hierop volgde was waarschijnlijk niet van 't bloedserum afhankelijk, zooals Kirmisson meende, doch wèl van de voorafgegane laparotomie. Bovendien is een tijdelijke terugkeer van eenig ascites vocht na koliotomie geen zeldzaam verschijnsel; de latere voorspoedige genezing wordt hierdoor volstrekt niet buitengesloten.

Beck (New-York)[2]) is zoozeer overtuigd dat jodof. poeder de genezing te weeg brengt, dat hij zijn methode als volgt beschrijft: Na de laparotomie worden de intestinae energisch met jodof. poeder bestreken (dus z.g. ingezouten). Nadat de buikwond is genezen, wordt met een dubbele trocart 16 gr. 10°/₀ jodof. glycerine in de buikholte gespoten. Dit procédé wordt nog eenige keeren, telkens om de 6 dagen, herhaald.

Waar men tegenwoordig met 't succes der eenvoudige laparotomie waarlijk tevreden mag zijn, schijnt mij deze therapie van Beck meer radicaal dan noodig is. Bovendien is 't insteken van een trocart in een buikholte waarvan de wand niet meer door ascites van de intestina is gescheiden niet zonder gevaar.

König[3]) schreef dan ook reeds in 1890, hoe hij uit zijn verzamelde statistiek van 131 gevallen *niet* kon bemerken, dat 't gebruik van antiseptica of antituberculeuse middelen van duidelijken invloed was. Wanneer men geheel aseptisch opereerde, werd 't resultaat niet minder gunstig. Dit zou dus pleiten voor de genezende werking òf van lucht[4]) of licht[5]) òf van thermische invloeden, òf van veranderde bloed- en lymphecirculatie door de groote buiksnede met afloopen van ascites vocht.

---

[1]) Kirmisson, Semaine médic. 1891 p. 313.

[2]) Centralbl. f. Gyn. 1895 n°. 1 Ref. (New-York med. journ. 1894 April 21).

[3]) Centralbl. f. Chirurgie 1890 S. 657. König, Die peritoneale Tuberculose u. ihre Heilung durch den Bauchschnitt.

[4]) De tuberkelbacillen zijn anaerobe. Juist bij tubercul. peritonitis zijn ze daarbij uiterst *oppervlakkig* gezeteld. Hierin zou een verklaring kunnen liggen van het merkwaardige feit dat laparotomie genezing te weeg brengt, terwijl elders in 't lichaam, 't blootleggen van een tuberculeusen haard (waarbij de bacillen zooveel dieper zijn gelegen) volstrekt geen genezing ten gevolge heeft. [Centralbl. f. Chir. 1893 S. 862 Egbert Braatz].

[5]) 't Zonlicht doodt de tuberkelbacillen na eenigen tijd.

Uit *één* enkel waargenomen geval, zooals 't door ons beschreven, een besluit te willen trekken voor de therapie, is natuurlijk ongeoorloofd. Eerst zal men moeten afwachten of ook in andere dergelijke gevallen dezelfde ervaring zal worden opgedaan.

Zou men echter hier toch tot een gevolgtrekking willen komen, dan zou 't deze moeten worden:

Daar, waar 't exsudaat bij tuberculeuse peritonitis na de laparotomie SNEL *terugkeert, moet de luchtinblazing volgens Prof.* Nolen *als verdere therapie worden* AFGERADEN. *Beter is 't hier 't vocht door punctie zeer volledig te laten afloopen, en daarna jodof. poeder op verschillende plekken in de buikholte te deponeeren.*

Met canule, trechter en sonde gaat dit gemakkelijk, zooals in ons geval. Aan de darmperistaltiek wordt 't hierbij overgelaten te zorgen, dat 't poeder behoorlijk in de buikholte wordt verdeeld. In hoeverre de darmbewegingen hiertoe voldoende zijn blijft echter eenigzins de vraag.

Jodoformpoeder n. l., bezit een groote neiging om zich als een koek tegen den wand af te zetten. Spuit men toch herhaaldelijk jodof. glycerine in de vesica urinaria, dan vormt zich weldra een dikke vaste korst van jodoform op 't slijmvlies, die ook door de urineloozing *niet* wordt verwijderd.

't Blijft dus de vraag, of 't poeder in de buikholte gedeponeerd, ook niet lang als een dikken klonter zal blijven liggen.

Beter schijnt mij dan ook de volgende methode [1]:

Wanneer na de laparotomie 't tuberculeuse exsudaat is teruggekeerd, laat men dit slechts voor een *klein deel* door een dunnen trocart afvloeien. Pat. ondervindt dan tòch reeds 't aangename van de drukvermindering in den buik. Men spuit nu 10 tot 20 c.M. van een 20°/₀ jodof. glycerine emulsie door den trocart, en verwijdert deze hierna.

De aanzienlijke hoeveelheid ascites vocht is nu 't fraaist denkbare vehikel voor de jodoform-glycerine om zich te verdeelen. De darmbewegingen zullen ten slotte 't mengsel van ascites vocht, glycerine en jodoform overal heen voeren, en weldra zal een uiterst fijn beslag van jodoform overal op de tuberculeuse serosa zijn vastgehecht. Aanbeveling verdient 't daarbij, pat. na deze punctie met injectie verschillende houdingen te laten innemen, zoodat ze dan op deze, dan op gene zijde gaat liggen.

Na 3 tot 4 dagen herhaalt men nu de punctie. 't Ascites vocht laat men zoo mogelijk volledig afloopen; jodoform komt daarbij slechts zeer weinig naar buiten, en de tuberculeuse serosa ver-

[1]) Waarop Prof. Korteweg mij opmerkzaam maakte.

krijgt, aldus gelijkmatig gejodoformiseerd, de gelegenheid te genezen.

Deze therapie is geheel onschadelijk, en in gevallen, waar op laparotomie geen genezing volgt, òf daar, waar luchtinsufflatie in de steek liet, zeker aan te bevelen.

Zeer wenschelijk is 't daarbij, in elk geval den uitslag te publiceeren.

VERSLAG VAN DE VERLOSKUNDIGE KLINIEK AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM,

over het jaar 1893,

door den assistent der kliniek

P. RIBBIUS,

Arts.

In het jaar 1893 werden in de Kraaminrichting opgenomen 570 vrouwen, waarvan 355 ongehuwd (62.3°/₀) en 215 gehuwd (37.7°/₀) waren.

58	vrouwen	bevielen	op	een	leeftijd	beneden de	20 jaar.
212	„	„	„	„	„	van	20—25 „
144	„	„	„	„	„	„	25—30 „
87	„	„	„	„	„	„	30—35 „
49	„	„	„	„	„	„	35—40 „
17	„	„	„	„	„	boven de	40 jaar, terwijl

van 3 vrouwen de leeftijd niet is vermeld.

Van 2 vrouwen is het aantal voorafgegane baringen niet opgegeven; van de 568 overigen waren:

261	I-parae.
114	II- „
69	III- „
32	IV- „
19	V- „
20	VI- „
10	VII- „
12	VIII- „
9	IX- „
7	X- „
5	XI- „
4	XII- „
3	XIII- „
1	XIV- „

terwijl 2 vrouwen respectievelijk voor de 17e en 18e maal bevielen.

Het aantal der *enkelvoudige* geboorten bedroeg 562; dat der *meervoudige* geboorten 8.

Geboren werden 303 *jongens* en 265 *meisjes* (plus 10 kinderen, waarvan het geslacht niet is opgegeven).

Van de 578 kinderen waren 494 *voldragen* en 84 *onvoldragen*.

Van de 303 jongens kwamen 272 *levend* en 31 *dood* ter wereld, terwijl van de 265 meisjes 236 *levend* en 29 *dood* werden geboren.

De *ligging* der vrucht is in 11 gevallen niet opgeteekend.

525 kinderen lagen in lengteligging met het hoofd vóór;

26 in lengteligging met het bekkenuiteinde vóór,

en 16 in dwarsligging.

De 525 hoofdliggingen zijn aldus verdeeld:

357 maal lag het achterhoofd naar links en voren.
9 „ „ „ „ „ „ „ achter.
116 „ „ „ „ „ rechts en voren.
29 „ „ „ „ „ „ „ achter.
10 „ bestond kruinligging,
terwijl 4 „ het aangezicht vóór lag.

De verhouding van de achterhoofdsliggingen, 1ste en 2de positie, tot elkander was derhalve als 2.4: 1.

(Het meerendeel der achterhoofdsliggingen 2e positie werd bepaald in het 2e tijdperk der baring, nadat de groote spildraai in hoofdzaak reeds was tot stand gekomen).

Van de 570 vrouwen kwamen 10 reeds verlost in de Kraaminrichting, 1 stierf onverlost (zie onder eklampsie); aan 92 van de 559 overigen werd tijdens de baring kunsthulp verleend.

28 maal werd *forcipale extractie* verricht; daaronder 19 maal bij primiparae; namelijk:

16 maal bij diepstaand hoofd wegens secundaire weeënzwakte;

1 maal bij diepstaand hoofd wegens synostose van het os coccygis;

1 maal bij diepstaand hoofd wegens in het 2e tijdperk optredende eklampsie. Nadat ± 2½ uur volkomen ontsluiting had bestaan, traden plotseling, kort na elkaar, 2 eklamptische aanvallen op; na de forcipale extractie herhaalden zich de aanvallen niet. Kraambed normaal.

1 maal bij voor de helft ingedaald hoofd en onvolkomen ontsluiting wegen optredend gevaar voor de vrucht. Daar gedurende ruim 2 uur meconium afvloeide, de harttonen steeds frequenter en onregelmatiger werden, terwijl de partus niets vorderde, werden 4 diepe incisies in de dikke, harde randen van het 8 cM. ontsloten ostium ext. gemaakt en met zeer veel moeite het hoofd geëxtraheerd. Het kind was diep asphyctisch, doch werd na ± ½ uur bijgebracht. Zijdelingsche incisies in de lab. maj. werden gehecht. Geen rupt. perineï. Na 't verwijderen van de placenta volgens Créde, tamponnade van uterus en vagina. Kraambed gestoord door ulcus puerp.

vag. en polyarthritis rheum. acuta. Naar interne afdeeling overgeplaatst en van daar wegens recidief van luetisch exantheem naar de dermatologische afdeeling.

Onder de 9 maal, dat de tang bij multiparae werd geäppliceerd, geschiedde dit 4 maal wegens secundaire weeënzwakte n.l.:

2 maal in achterhoofdsligging

1 maal in aangezichtsligging

1 maal in kruinligging (kleine fontanel achter).

De overige gevallen zijn de volgende:

1°. II-para. Vorige bevalling normaal verloopen. Afgeweken schedelligging met uitgezakten arm. Repositie van den arm mislukte, eveneens versie, daar de ingevoerde hand niet door den contractiering te brengen was. Zoodra het hoofd in het kleine bekken was afgedaald, werd de forceps geappliceerd. Het kind was licht asphyctisch, kwam spoedig bij; het armpje alleen geschaafd, geen beenderen gebroken. Na verwijdering van de placenta, sterke fluxus; tamponnade van uterus en vagina; ergotine-injectie. Kraambed ongestoord.

2°. VI-para. Plat rachitisch bekken. Forcipale extractie van het hoogstaande hoofd na mislukte poging tot versie. Kraambed ongestoord. (Zie onder partus arte praematurus).

3°. IV-para. Plat rachitisch bekken in lichten graad. Vorige verlossingen verliepen spontaan; de 1e maal een gemacereerd 8 maand's kind, de 2e en 3e maal levende, voldragen kinderen. Hoofd met zeer klein segment ingedaald. Daar versie niet meer mogelijk was en de partus niettegenstaande flinke weeën bij volkomen ontsluiting gedurende 3 uur weinig gevorderd was, werd de forceps bij hoogen dwarsstand van het hoofd geappliceerd. Extractie van een voldragen, asphyctisch kind, dat werd bijgebracht. Kraambed gedurende 2 dagen door koorts gestoord.

4°. III-para. Plat rachitisch bekken. Bij den 1en partus levend voldragen kind per forcipem geboren, bij den 2en een levend voldragen kind spontaan. Hoofd met zeer klein segment in den ingang, volkomen ontsluiting; vrouw sinds ruim 3 dagen in partu. Forcipale extractie van een levend kind; de tang glipte ten slotte af, zoodat het hoofd door den Ritgen'schen handgreep buiten de vulva moest worden gebracht. Wegens bloeding in 't 3de tijdperk manueele extractie der placenta. Tamponnade van uterus en vagina, ergotine-injectie. Kraambed door koorts gestoord. Pat. genezen ontslagen.

5°. II-para. Plat bekken in geringen graad. 1e bevalling verliep spontaan; levend voldragen kind. Voorste wandbeensligging; hoofd voor de helft ingedaald. Nadat gedurende 3 uren bij 6 cM. ontsluiting meconium was afgeloopen werden de harttonen onregelma-

tig. Na 2 diepe zijdelingsche incisies in den rand van 't ost. ext. forcipale extractie van een levend kind.

Bloeding bij goed gecontraheerden uterus werd door tamponnade van cervix en vagina tot staan gebracht. Kraambed alleen gestoord door langdurig navloeien, 't welk voor geen therapie week. Niet geheel genezen ontslagen.

27 kinderen werden levend ontwikkeld, 1 dood. Op 1 na (partus arte praematurus) waren alle voldragen.

12 maal verliep het kraambed ongestoord; 16 maal trad koorts op en wel 9 maal tengevolge van ulc. vagin., 5 maal tengevolge van endometritis septica, welke alle genezen werden ontslagen. 1 pat. werd met ulcus vagin., endometritis en parametritis naar de Gyn. afd. overgeplaatst, leed daar nog aan phlegmasia alba dolens, doch werd ten slotte na 2 maanden genezen ontslagen. 1 pat. overleed 8 dagen post partum aan algemeene sepsis.

4 maal werd bij diepen stand van het hoofd de *expressie*-methode volgens Kristeller toegepast; 2 maal bij primiparae, 2 maal bij multiparae.

De beide laatste gevallen zijn de volgende:

1°. V-para. Vorige verlossingen spontaan. Terwijl het hoofd nog hoog stond, braken bij volkomen ontsluiting de vliezen en prolabeerde de navelstreng. Onmiddellijk daalde ook het hoofd in. Vóór het dwarsbed voor forcipale extractie in orde was gebracht, gelukte het door expressie het niet asphyctische kind te doen geboren worden. Kraambed zeer licht door koorts gestoord.

2°. XII-para. 1e partus forcipaal getermineerd, overige spontaan verloopen. Aangezichtsligging, kin voor den uitgang. Weeënzwakte.

Alle 4 kinderen waren levend, voldragen. 2 maal was het kraambed licht gestoord door koorts tengevolge van ulcus puerp. vagin.

26 maal lag de vrucht in primaire ligging met het bekkenuiteinde vóór.

Behalve in 2 gevallen, die bij placenta praevia zullen behandeld worden en in 1 geval van partus arte praematurus, werd 13 maal de *manueele extractie* verricht. (Hieronder zijn natuurlijk niet begrepen de gevallen van uithaling *na keering* der vrucht) 3 maal geschiedde de manueele extractie van het 1e kind bij tweelingzwangerschap, terwijl het 2e kind spontaan in schedelligging werd geboren.

De manueele extractie werd verricht bij 7 I-parae, 3 II-parae en 3 III-parae. Gewoonlijk werden, na spontane uitdrijving van den tronk, de armen ontwikkeld en het hoofd geëxtraheerd. Dit

laatste geschiedde 6 maal met den handgreep van Mauriceau en 5 maal met den Prager handgreep. 2 maal werd de handgreep van Mauriceau door uitwendigen druk op het hoofd (methode Wigand-Martin) krachtig ondersteund.

Van de 13 kinderen waren 7 voldragen, waarvan 3 levend en 4 dood (2 gemacereerd) ter wereld kwamen. Van de 3 levend geboren kinderen overleed één, na eenige dagen, ten gevolge van gangraen eener lieswond, bij extractie met den stompen haak veroorzaakt.

Van de 6 onvoldragen kinderen werden 4 levend ontwikkeld (waaronder 2 maal de 1e gemellus met geprolabeerde navelstreng); de beide overigen waren gemacereerd. Van de 3 levend geboren, onvoldragen kinderen overleden 2, enkele uren na de geboorte; één dezer vertoonde duidelijk teekenen van syphilis.

Van de 13 manueele extracties verdienen de 3 volgende eene korte beschrijving.

1°. I-para, 26 jr., geh. Patiënte werd gedeeltelijk verlost binnengebracht. Bij primaire voetligging was extractie verricht en waren de armen ontwikkeld; het hoofd kon in urbe evenwel niet geëxtraheerd worden. Door uitwendigen druk gelukte het de kin iets dieper te doen dalen, zoodat een vinger in den mond kon worden gebracht. Onder gelijktijdige aanwending van uitwendigen druk gelukte het door den Mauriceau'schen handgreep het hoofd te doen geboren worden. Kind dood, voldragen; in het linker wandbeen een zeer diepe indeuking. Kraambed door koorts gestoord tengevolge van endometritis septica. Tweemaal secundaire perineoraphie. Patiënte genezen ontslagen.

2°. I-para, 25 jr., ongeh. Billigging; voor de helft ingedaald. Toen 11 uur waren verloopen nadat volkomen ontsluiting was geconstateerd, zonder dat de baring iets was gevorderd, werd tot de manueele extractie overgegaan. De voorliggende liesplooi was te bereiken doch het bleek onmogelijk met twee ingehaakte vingers te extraheeren. Het gelukte, onder gelijktijdige expressie, met den stompen haak de voorliggende bil te doen geboren worden; de achterliggende bil werd door den Ritgen'schen handgreep te voorschijn gebracht. Na extractie van den romp, werd de achterliggende arm ontwikkeld; de voorliggende bleek te zijn opgeslagen; ontwikkeling gelukte eerst, nadat er een achterliggende van gemaakt was. Door combinatie van uitwendigen druk met den Prager handgreep gelukte het na veel moeite het hoofd te extraheeren. Het kind (3250 gram) was diep asphyctisch en stierf. Niettegenstaande episiotomie, rupt. perineï tot in den anus. Primaire hechting mislukte. Kraambed gestoord door lichte koorts, tengevolge van ulc. puerp. vagin. Patiënte werd na ruim

3 weken met goed granuleerende wond ontslagen en ongeveer 3 weken daarna op de Gynaecologische Afdeeling met volkomen succes plastisch geopereerd.

3°. I-para, 35 jr., geh. Geen sporen van rachitis; geen bekkenvernauwing. Laatste menstruatie begonnen 6 Augustus 1892; pat. voelde den 25en Dec. 1892 voor 't eerst leven. 20 Mei 1893 begonnen de weeën; 17 uur daarna liep veel vruchtwater af. Pat. werd opgenomen in de kraaminrichting, (32 uur na het afloopen van het vruchtwater) nadat gedurende drie kwartier te vergeefs de extractie van de vrucht met den stompen haak was beproefd.

De levende vrucht ligt vóor met de stuit, die diep is ingedaald, rug naar links gekeerd. Volkomen ontsluiting. In de voorliggende liesplooi is een verwonding te voelen, door den stompen haak teweeggebracht. Chloroform-narcose. Pat. wordt op het dwarsbed gelegd en beproefd door het inhaken van de voorliggende liesplooi met den vinger onder gelijktijdigen druk van buiten de stuit omlaag te trekken; dit mislukt, waarom de stompe haak wordt geappliceerd. Nadat hiermede de stuit zoo ver naar beneden is getrokken, dat de haak door den vinger kan worden vervangen, wordt nadat dubbelzijdige episiotomie is verricht, met behulp van sterken uitwendigen druk, de stuit geëxtraheerd.

De ontwikkeling van de armen en van het hoofd door den handgreep van Mauriceau levert geene bijzondere moeielijkheden op. De vrucht, 4700 gram zwaar, komt diep aspyctisch ter wereld, doch wordt bijgebracht. In de linker liesplooi is een diepe wond, die gereinigd en gehecht wordt. Aan het scrotum en de billen enkele excoriaties. Na expressie van de placenta, die een foetiden geur verspreidt, worden de beide epsiotomie-wonden gehecht evenals de ruptura perinei, die tijdens de ontwikkeling van het hoofd was ontstaan. Kraambed licht gestoord.

8 maal volgde bij liggingen met het bekkenuiteinde vóor de geboorte *spontaan*, en wel 3 maal bij primiparae en 5 maal bij multiparae.

Van de 3 voldragen kinderen kwamen 2 (bij eene XII-para en eene IX-para) levend, en 1 gemacereerd (bij eene I-para) ter wereld; van de onvoldragen waren 3 levend en 2 gemacereerd. 1 levend onvoldragen kind overleed na eenige dagen.

In 4 gevallen was het kraambed gestoord, nl. 1 maal tengevolge van ulcera puerperalia en 3 maal tengevolge van septische endometritis.

2 maal werd de onvoldragen, gemacereerde vrucht in stuitligging door *expressie* voor den dag gebracht, waaronder 1 maal bij eene primipara.

Versie werd 26 maal verricht en wel:

15 maal wegens dwarsligging der vrucht (waaronder 3 maal bij placenta praevia).

6 maal bij schedelligging wegens placenta praevia.

2 „ „ „ „ plat vernauwd bekken (waaronder 1 maal tevens wegens uitgezakten arm).

1 maal bij schedelligging wegens prolapsus funiculi.

1 maal bij schedelligging wegens uitgezakten arm, voet en navelstreng.

1 maal bij schedelligging tevens onvolkomen voetligging met voorliggende navelstreng.

In de meeste dezer gevallen werd inwendige versie verricht, onmiddellijk gevolgd door uithaling der vrucht.

2 maal werd uitwendig op de voeten gekeerd, later geëxtraheerd.

2 maal werd de handgreep van Justine Siegemundin toegepast.

Bij het doen geboren worden van het hoofd werden afwisselend de verschillende methoden toegepast.

Over de gevallen van keering bij placenta praevia, zie aldaar.

De overige gevallen zijn de volgende:

1°. I-para 29 jr., geh. Dwarsligging met uitgezakten arm. Vruchtwater sinds bijna 24 uur afgeloopen. In de stad reeds tweemaal versie beproefd, eens buiten en eens in narcose.

Ook thans bleek de keering onmogelijk door de sterke omsnoering van de vrucht door den baarmoederwand. Daar de vrucht afgestorven was, werd tot decapitatie besloten; de hals was evenwel niet te bereiken. Daarom exenteratie. De vrouw was inmiddels in diepe narcose gekomen en het gelukte nu de ingevoerde hand door den contractie-ring te brengen en een voet af te halen.

Extractie van een dood, voldragen kind, 3500 gr. zwaar, 56 cM. lang. Prager handgreep met uitwendigen druk gecombineerd.

Kraambed ongestoord.

2°. VI-para, 32 jr., geh. 1ste partus forcipale extractie van een dood kind; 2de partus spontaan in schedelligging, het kind overleed kort na de geboorte; 3de partus spontaan in stuitligging van een dood kind; 4de partus spontaan in schedelligging met uitgezakten arm van een levend kind; 5de partus spontaan in stuitligging van een dood kind. Dwarsligging met uitgezakten arm. Versie op een voet en extractie van een levend, 4900 gr. zwaar en 55 cM. lang, kind. Mauriceau's handgreep. Kraambed licht door koorts gestoord. Pat. genezen ontslagen.

3°. III-para, 33 jr., geh. Vorige verlossingen spontaan; bij den 2den partus gemelli in stuitligging. Dwarsligging met uitgezakte

linkerhand die bij aanraking zich beweegt; foetale harttonen niet te hooren. 12 uur na 't afloopen van 't vruchtwater, waarbij onmiddellijk de arm uitzakte, werd pat. in de kraaminrichting opgenomen, waar terstond versie op een voet en extractie van een dood kind, 3500 gr. zwaar, 53 cM. lang werd verricht. Rechterarm in den nek geslagen kon niet worden losgemaakt, zoodat hij tegelijk met het hoofd moest worden doorgetrokken. Kraambed ongestoord.

4°. IX-para. Vorige verlossingen spontaan.

Dwarsligging met uitgezakte hand. Geen foetale harttonen. 3 uur na 't afloopen van het vruchtwater, bij 7 cM. ontsluiting, inwendige keering op een voet; de epidermis laat in groote lappen los. Daar het uithalen der vrucht veel weerstand ondervindt wordt de spontane uitdrijving afgewacht; daar na 5 uur de baring niet is gevorderd wordt de extractie verricht en een onvoldragen, gemacereerde vrucht voor den dag gehaald.

Ontwikkeling van het nakomend hoofd door den Prager handgreep. Kraambed ongestoord.

5°. IV.-para, 40 jr., geh. 1 maal abortus; beide andere bevallingen spontaan van levende kinderen. Dwarsligging. Uitwendige keering op de stuit. Na geboorte van 't kind tot den navel, extractie van een asphyctisch, onvoldragen kind, dat in het leven werd teruggeroepen. Kraambed licht door koorts gestoord, tengevolge van ulc. puerp. vagin. Pat. genezen ontslagen.

6°. XI-para. 31 jr., geh. 10de partus forcipaal getermineerd; 1 maal abortus; overige bevallingen spontaan, van levende, voldragen kinderen. Dwarsligging met uitgezakten arm. Na versie op een voet, onmiddellijk extractie. Vrucht voldragen, gemacereerd.

Wegens temperatuursverhooging, uterus-irrigatie met sublimaatsolutie 1 : 4000. Kraambed ongestoord.

7°. VII-para. 31 jr., geh. Plat vernauwd bekken. Opgaven omtrent vorige verlossingen ontbreken. Schedelligging met uitgezakten arm. Onmiddellijk nadat pat. in de kraaminrichting is opgenomen, wordt de repositie van den arm beproefd, die mislukt. Daarop keering op een voet, onmiddellijk, wegens prolapsus funiculi, gevolgd door extractie van een asphyctisch, 3100 gr. zwaar en 50 cM. lang kind, dat spoedig wordt bijgebracht. Handgreep van Mauriceau, gecombineerd met expressie. Het linker wandbeen vertoont een deuk. Kraambed ongestoord.

8°. II-para, 30 jr., geh. Vorige partus duurde zeer lang, doch verliep spontaan. Pat. beviel van een voldragen dood kind, nadat de vroedvrouw 3 dagen tevoren de vliezen had gebroken en zich daarna verwijderd had zonder terug te keeren. Plat rachitisch bekken. Afgeweken schedelligging met *voorliggende*, pulseerende navelstreng.

Ostium uteri ca. 5 cM. ontsloten. Tamponnade van de vagina met jodoformgaas. Weeënzwakte. 6 uur later wordt in narcose op het dwarsbed de hand in den uterus gebracht, en na het breken der vliezen keering op den voet verricht.

De extractie van den romp en het ontwikkelen der armen levert weinig moeielijkheden op; het gelukt echter niet, ondanks krachtige medewerking van uitwendigen druk, het hoofd door den bekkeningang te krijgen. Daar het kind intusschen is afgestorven wordt besloten voorloopig af te wachten. 2½ uur later wordt het hoofd spontaan geboren, onmiddellijk gevolgd door de placenta. Het doode kind van 't vrouwelijk geslacht, woog 2750 gram en was 48 cM. lang. Kraambed gestoord door endometritis septica en ulcera puerperalia. Tweemaal secundaire perineoraphie. Er vormde zich eene fistula recto-vaginalis, die herhaaldelijk gesloten werd; volkomen obliteratie niet gelukt. Pat. werd 6 weken na den partus op verzoek ontslagen.

9°. III-para, 24 jr., geh. Vorige bevallingen verliepen spontaan; levende voldragen kinderen. Dwarsligging (hoofd links, rug vóór) met uitgezakte rechterhand en prolapsus funiculi. Baarmoedermond ruim 5 cM. ontsloten. Keering op den rechtervoet en extractie van een levend kind, 2500 gram zwaar en 49 cM. lang. Handgreep van Mauriceau. Kraambed ongestoord.

10°. VIII-para. 35 jr., geh. Vorige bevallingen spontaan; laatste maal gemelli. Ook nu weder gemelli. De eerste tweeling in kruinligging per forcipem ontwikkeld. Het 2de kind lag dwars. Bij staande vliezen wordt de vrucht door uitwendige handgrepen op de stuit gekeerd, daarna een voet afgehaald en een levend kind van 3000 gram gewicht geëxtraheerd. Handgreep van Mauriceau. Kraambed licht door koorts gestoord. Pat. genezen ontslagen.

11°. I-para, 23 jr, ongeh. De zwangerschap heeft het einde der 8e maand bereikt. Naast den voorliggenden schedel wordt een voetje en een pulseerende lus der navelstreng gevoeld. Bij eene ontsluiting van 2½ cM. wordt in narcose de halve hand in de vagina gebracht en niet zonder moeite het hoog gelegen hoofd terzijde geschoven en de voet afgehaald. 24 uur later wordt bij eene ontsluiting van circa 4 cM. getracht de kleine vrucht te extraheeren, daar de weeën zeer spaarzaam en zwak zijn. Daar het hoofd echter niet voldoende naar boven uitwijkt, wordt de dubbele handgreep van Justine Siegemundin toegepast. Nadat de knie van den foetus tot in de vulva is getrokken wordt besloten af te wachten, daar de randen van den baarmoedermond nog te veel weerstand bieden. 2 uur later wordt de romp spontaan uitgedreven. De ontwikkeling van het hoofd was moeielijk, daar de baarmoedermond het hoofd omsloot. Door den Prager handgreep wordt het caput

voor den dag gehaald. Kind (1650 gram, 40 cM.) wit asphyctisch, sterft na eenige malen te hebben geademd. Kraambed ongestoord.

12°. VIII-para, 40 jr., geh. 1e partus spontaan, 2e versie en extractie, 3e forcipale extractie, 4e, 5e en 6e spontaan, 7e forcipale extractie. Alle kinderen waren voldragen en levend. Dwarsligging. Bij ruime ontsluiting keering op een voet en uithaling van een levend kind, 3720 gram, zwaar en 52 cM. lang. Handgreep van Mauriceau. Kraambed ongestoord.

13°. XI-para, 41 jr., geh. Vorige bevallingen duurden lang, doch verliepen alle spontaan. Behalve éen abortus, alle kinderen voldragen en levend. Plat vernauwd, niet rachitisch bekken. Pat. wordt in de kraaminrichting opgenomen met nagenoeg volkomen ontsloten baarmoedermond; de vliezen staan nog, het hoofd ligt bewegelijk boven den bekkeningang. De vliezen worden gebroken; daar de schedel niet in het kleine bekken indaalt, wordt in narcose terstond de versie verricht, onmiddellijk gevolgd door de uithaling van een levend kind, 4250 gram zwaar en 55 cM. lang. Kraambed ongestoord.

14°. VIII-para, 45 jr., geh. (Zie onder partus arte praematurus. N°. 5).

15°. II-para, 29 jr., ongeh. Vorige baring spontaan geëindigd met de geboorte van een levend, voldragen kind. Dwarsligging met uitzakking van de navelstreng. Baarmoedermond 3 cM. ontsloten. 3 uur later is de ontsluiting tot ca. 7 cM. toegenomen. De navelstreng pulseert niet meer, de linkerarm is uitgezakt; inwendige keering, onmiddellijk gevolgd door de uithaling van een kleine, doode vrucht 2575 gram, 47 cM.). Kraambed ongestoord.

16°. VIII-para, 43 jr., geh. Vorige bevallingen verliepen spontaan; met uitzondering van éen abortus, voldragen, levende, over het algemeen groote kinderen. Hoofdligging met uitzakking van de rechterhand, van den linkervoet en van de pulseerende navelstreng. De onderzoekende hand voelt de groote fontanel, den voorhoofdsnaad en den bovenrand der beide oogkassen in de rechter helft van het groote bekken. In de stad was tweemaal te vergeefs keering beproefd en in de kraaminrichting gelukte dit aanvankelijk evenmin wegens onvoldoende narcose. In diepe narcose gelukte het Prof. van der Meij, die inmiddels ontboden was, met de geheele hand in den uterus gaande het hoofd naar den fundus uteri te dringen, terwijl de voet met een strop omlaag werd getrokken. De navelstreng klopte nog toen de versie werd verricht; de pulsaties hadden echter reeds opgehouden toen de tronk tot den navel was geëxtraheerd. Snelle uithaling van het zeer krachtig ontwikkelde kind (5000 gram zwaar en 57.5 cM. lang), dat wit asphyctisch ter wereld kwam, doch ondanks alle pogingen niet kon worden bijgebracht. Sterke bloe-

ding in het 3e tijdperk. Na expressie van de placenta, tamponnade van den uterus en van de vagina. Kraambed ongestoord.

17°. III-para. 1ste partus verliep spontaan; daarna een arbortus, Dwarsligging. In de stad was reeds versie beproefd. Bijna 24 uur na het breken der vliezen versie en extractie van een levend kind, 3000 gr. zwaar, 51 cM. lang. Prager handgreep. Kraambed ongestoord.

Onder deze 17 gevallen geschiedde de versie 2 maal bij primiparae, 15 maal bij multiparae.

9 Kinderen werden levend geëxtraheerd, waaronder 1 onvoldragen. Van de 8 doodgeborenen waren 4 (2 voldragen en 2 onvoldragen) onder de versie en extractie bezweken.

Het kraambed verliep ongestoord in 11 gevallen; 4 maal was het kraambed door koorts gestoord, tengevolge van ulc. puerp. vagin., 1 maal tengevolge van endometritis septica, 1 maal succombeerde eene pat. aan algemeene sepsis.

In 2 gevallen werd het kind *in dwarsligging geboren;* dit zijn de volgende:

1°. I-para, 26 jr., ongeh. Diagnose was niet te stellen geweest, totdat, nadat 20 min. te voren ± 5 cM. ontsluiting was geconstateerd, tegelijk met het spontaan breken der vliezen het voorliggend deel begon door te snijden. Dit bleek een ontvelde elleboog te zijn; arm en schouder werden afgehaald en de tweede arm ontwikkeld. Het gelukte nu eerst den rug, daarna de stuit en de beenen over het perineum te doen geboren worden; het hoofd werd gemakkelijk geëxtraheerd. Een geval dus van *Evolutio spontanea* door manueele extractie ondersteund. Het kind was gemacereerd, circa 22 weken oud. Kraambed ongestoord.

2°. XI-para. 40 jr., geh. 1°.-5°. levende voldragen kinderen; 6°. abortus; 7°. zwak kind, vroeg gestorven; 8°.-10°. gemacereerde 7 en 8 maands foetus. Pat. werd getamponneerd binnengebracht met de diagnose placenta praevia; vliezen waren kunstmatig gebroken, dwarsligging; pat. had veel bloed verloren en was zeer anaemisch. Besloten werd af te wachten en de vrouw eerst weer wat op krachten te laten komen. Betrekkelijk spoedig kwam een deel vóór de vulva; na verwijdering der tampons bleek dit een schouder te zijn. Met één krachtige wee werd nu het ei in toto geboren, de vrucht dus *conduplicato corpore* uitgedreven. Een groot coagulum volgde. De gemacereerde vrucht, ± 31 weken oud, stak alleen met de schouders uit een scheur in de vliezen, tegenover de placenta zich bevindend. De bloedingen waren dus niet afhankelijk geweest van placenta praevia, maar waarschijnlijk van *praemature loslating der*

placenta. Tamponnade van uterus en vagina. Pat. was zeer anaemisch, kampher-aether-injecties, excitantia, veel drinken. Kraambed door lichte temperatuurs-verhooging gestoord; niet geheel genezen op verzoek ontslagen.

Nog verdient vermelding het volgende geval.

II-para, 22 jr., geh. Vorige bevalling spontaan van een levend kind. Hoofd en beide voeten waren tegelijk ingedaald en werden tegelijk geboren, de rest volgt dubbelgeslagen. Hals omstrengeld. Het ± 30 weken oude kind (gewicht 1250 gr., lengte 37 cM.) sterft ruim 24 uur na de geboorte. Kraambed ongestoord.

Perforatie werd 7 maal verricht, steeds door extractie met den cranioclast opgevolgd.

2 maal geschiedde dit wegens sterke bekkenvernauwing na te voren opgewekte vroeggeboorte; (zie deze gevallen onder partus arte praematurus);

2 maal bij matig vernauwd bekken wegens groote vrucht;

1 maal bij normaal bekken wegens hydrocephalus;

1 maal wegens echinococcus-cyste in 't kleine bekken;

1 maal wegens gecontraïndiceerde versie bij placenta praevia. (Zie onder placenta praevia.)

De overige 4 gevallen zijn de volgende:

1°. III-para, 29 jr., geh. Bij den 1sten partus, dwarsligging, kunstmatig verlost. 2de partus, spontaan van een dood voldragen kind in schedelligging. Matig vernauwd bekken. Hoofd met groot segment ingedaald, beklemd tusschen symphysis en promontorium. Er loopt meconium af. Geen foetale harttonen te hooren. Ontsluiting ± 7 cM.; oedemateuse voorlip. Pat. had in bijna 24 uur niet geurineerd. Een half uur nadat pat. in de kraaminrichting is opgenomen wordt tot de perforatie van den schedel met het perforatorium van Blot overgegaan, en daarna met den cranioclast geëxtraheerd. Het kind woog zonder hersenen 3000 gr., lengte 55 cM. Kraambed licht door koorts gestoord. Pat. genezen ontslagen.

2°. IX-para, 33 jr., geh. De vorige bevallingen verliepen spontaan; alleen den 2den keer werd de forceps geappliceerd; het 1ste kind werd dood geboren. Matig plat rachitisch. Schedel stond op den bekkeningang met groot caput succedaneum en niet pulseerenden geprolabeerden funiculus. Niettegenstaande heftige weeën had de baring geen voortgang. ± 20 uur na het breken der vliezen, 24 uur na 't begin van den partus, perforatie; daarna uitspoeling van de hersen-massa. Nadat de cranioclast tweemaal was afgegleden en een stuk van 't schedeldak was afgescheurd, gelukte het eindelijk den schedel te extraheeren; nadat het kind was geëxtra-

heerd, was in de vagina een streng zichtbaar; waarschijnlijk de afgescheurde achterlip van den uitwendigen baarmoedermond. Eenige bloeding. Tamponnade van de vagina. Uterus krachtig saamgetrokken. Het kind woog zonder hersenen 3500 gr., lengte 30 cM. Kraambed ongestoord.

3°. I-para, 34 jr., geh. Pat. werd op de kliniek gebracht, nadat in de stad door den doctor te vergeefs forcipale extractie was beproefd. Vóór 3 jaar werd pat. door Prof. Korteweg van een echinococcus-blaas geopereerd; multiple blazen in 't omentum werden toen in situ gelaten. Buik sterk vergroot, zeer onregelmatig; het litteeken van de laparotomie-wond ulcereerend. Boven den fundus uteri 2 vuistgroote tumoren elastisch van consistentie, duidelijk onder de huid en boven den uterus verschuifbaar; eveneens eene groote cyste boven de symphysis, vóór den uterus. Geen foetale harttonen. Hoofd met klein segment in den bekkeningang; schedelbeenderen over elkaar geschoven; voorlip nog ± 1½ cM. breed. Verdere indaling onmogelijk door eene vuistgroote, matig gespannen cyste in de ruimte van Douglas. Punctie van deze cyste van uit de vagina leverde slechts enkele *CC.* witachtig troebel vocht (waarin echinococcus-haken, cholestearine-kristallen en enkele roode bloedlichaampjes). Ook eene tweede punctie deed de cyste niet samenvallen. Daarom perforatie van den schedel en voorzichtige extractie met den cranioclast. Het kind woog zonder hersenen 2450 gr., lengte 50 cM. Na de geboorte was de cyste nog duidelijk, doch weinig gespannen tegen het sacrum te voelen. Expressie der placenta mislukte; door trekken aan de navelstreng werden placenta en vliezen in hun geheel te voorschijn gebracht. Kraambed door koorts gestoord; lichte peritonitische verschijnselen. Pat. werd zonder klachten, doch met hooge avond-temperaturen, op haar dringend verzoek ontslagen. Overplaatsing naar de Chirurg. Afd. werd door haar geweigerd.

4°. III-para, 26 jr., geh. Vorige bevallingen spontaan verloopen, flink ontwikkelde, levende kinderen. In de stad was reeds te vergeefs beproefd den forceps aan te leggen. Abdomen sterk uitgezet. Tympania uteri. Geen foetale harttonen. Oedeem der genit. ext. Ontsluiting volkomen. Schedel voor de helft ingedaald; groot, week hoofdgezwel, Hydrocephalus. Meconium in de vagina. Katheterismus onmogelijk.

Perforatie met den dolk van Blot. Er liepen massa's stinkende, sereuse vloeistof af. Het gelukte daarna met een Engelschen katheter in de blaas te komen; urine normaal gekleurd. Extractie van den schedel ging met moeite, die van den romp bood groote zwarigheden. Ook het trekken aan een lus om den hals hielp niet; met behulp van den stompen haak gelukte het eindelijk het zware kind te extraheeren; gewicht zonder hersenen 4650 gr., lengte 63

cM. Onder 't credeeren der stinkende placenta onlastten zich gassen. Fluxus. Irrigatie met sublimaat-solutie 1'/$_{4000}$ van 53° C. Ergotine injectie. Kraambed door koorts gestoord tengevolge van een groot gangraeneus ulcus in de vagina. Er ontwikkelde zich een fistula vesico-vaginalis; pat. werd hiervoor op de Gynaec. Afd. opgenomen en met volkomen succes geopereerd.

Embryotomie werd 1 maal verricht:

II-para. Vorige bevalling spontaan verloopen. Verzuimde dwarsligging. Beide armen uitgezakt. Borst en buik vrij diep ingedaald. Geen foetale harttonen. Na flink aan de armen getrokken te hebben werd decapitatie beproefd, de hals was evenwel niet met den sleutelhaak te bereiken. Daarom perforatie van den buik en exenteratie van lever, dunnen darm en een deel van den dikken darm. Het gelukte nog niet de vrucht te ontwikkelen door aan de armen te trekken. Niettegenstaande de Bandl'sche ring duidelijk zichtbaar was en vrij hoog stond, versie op een voet en extractie; de placenta volgde bijna onmiddellijk. Zeer belangrijke fluxus werd door tamponnade van uterus en vagina tet staan gebracht. Kraambed door koorts gestoord tengevolge van endometritis septica. Pat. genezen ontslagen.

Sectio caesarea kwam in viva tweemaal voor 1 maal wegens eklampsia gravidarum, 1 maal wegens bekkenvernauwing. Bovendien 1 maal post mortum.

1°. I-para, 27 jr., geh. Eklampsia gravidarum. Pat. was steeds gezond geweest; alleen had zij als jong meisje veel last van hoofdpijn gehad. Volgens verklaring van den man was de zwangerschap gevorderd tot het begin der laatste maand. 3 maanden te voren had pat. voor 't eerst in haar leven een flauwte gehad zonder stuipen. Sedert een paar maanden zijn de voeten gezwollen. 3 Nov. '93 's morgens 8 uur begon pat. te braken en werd bewusteloos, tusschen 12 en 1 uur volgde de eerste convulsie. 's Middags 3$^3/_4$ uur had de medicus 10 mgr. mur. morph. per os toegediend en liet hij pat. naar de kraaminrichting vervoeren. Bij aankomst aldaar ten 5$^1/_2$ ure had zij in 't geheel 4 convulsies gehad. Ademhaling frequent, pols klein, temperatuur 36.4°; diep coma, oedema pedum. Foetale harttonen zwak, langzaam, regelmatig. Schedel even ingedaald. Portis vaginalis nog niet verstreken. Cervix voor den vinger doorgankelijk, staande vliezen. Na het appliceeren van den catheter in de blaas volgde te 5.30 een aanval; 20 mgr. morphine subcutaan; inwikkeling in heete, natte lakens. De aanvallen herhaalden zich te 7.20, te 9.35, te 9.30; telkens werd in 't begin van den aanval 30 mgr. morphine subcutaan gegeven. Te 10.30 was de

baringstoestand niet veranderd en werd door Prof. van der Meij, tot sectio caesarea overgegaan. Desinfectie. Choloroform-narcose. Na eene huidsnede van ± 20 cM., werd het peritoneum op de sleufsonde gekliefd, waarbij eenig ascites-vocht afliep. De uterus werd naar buiten gehaald, de cervix digitaal omsnoerd. Na incisie van den uterus-wand, opening van de vliezen, waarna het kind aan de voeten geëxtraheerd werd. Het was blauw asphyctisch en werd met zeer veel moeite bijgebracht; gewicht 1650 gr., lengte 42 cM. Na lospelling der placenta zeer weinig bloeding; tijdelijke tamponnade van den uterus met jodoformgaas. Diepe uterus-hechtingen, daarna oppervlakkige sereuse. Diepe en oppervlakkige huidhechtingen. Jodoformgaasverband. Gedurende de operatie, die ± 1 uur duurde, werden twee kampher-aether-injecties gegeven. Pat. kreeg nog één aanval van convulsies; 10 mgr. morphine. Zij bleef comateus tot 's morgens 4 Nov. 's Avonds van den 1[sten] dag 39° temperatuur, den volgenden middag 40,9°; 's avonds reeds 37,3°; verder bleef het kraambed ongestoord. De diurese verbeterde snel, flinke diaphorese; pols en ademhaling werden normaal. De hechtingen werden den 12[den] dag verwijderd; volkomen reunio per primam. Pat. werd na 4½ week ontslagen. Haar urine bevatte toen nog ± 0,5‰ eiwit; microscopisch waren nog enkele cylinders, nier-epitheliën en witte bloedlichaampjes aan te toonen. Het kind werd in de broedstoof van Auvard geplaatst, doch succombeerde na drie dagen.

2°. II-para, 38 jr., geh. 1[ste] partus duurde zeer lang; nadat reeds tot tang-extractie was besloten, beviel pat. spontaan van een dood, voldragen, doch niet zwaar kind. Bij haar komst op de Kraaminrichting was zij reeds 3½ dag in partu, de vliezen waren voor 2 × 24 uur gebroken. Algemeene toestand vrij goed; temperatuur 38° per anum. Flinke weeën. Rachitische beenverkrommingen. Abdomen sterk uitgezet. Blaas zeer sterk gevuld. Foetale harttonen normaal. Plat rachitisch bekken (conj. diag. 10½ cM.). Volkomen ontsluiting. Voorste wandbeensligging. Schedel met klein segment vast in den bekkeningang. Extractie van een levend kind onmogelijk; de keuze bleef dus tusschen perforatie van het levende kind en sectio caesarea. Met het oog op den vrij gunstigen algemeenen toestand van pat. werd tot het laatste besloten. Katheterismus bleek onmogelijk, daarom hooge buiksnede. Nadat de uterus naar buiten was gebracht, werd de wand geïncideerd, waarbij de placenta geheel naar voren bleek te zijn, zoodat deze doorboord moest worden om het kind te kunnen extraheeren. Het asphyctische kind werd spoedig bijgebracht, gewicht 3600 gr., lengte 50 cM. Na lospelling van placenta en vliezen, vrij hevige bloeding; tijdelijke tamponnade van de uterus-holte; ook was het noodig de manueele

compressie van den cervix door eene elastische ligatuur te vervangen. 6 diepe en 7 oppervlakkige hechtingen van den uterus; diepe en oppervlakkige hechtingen van den buikwand. Eenige vloeiing werd door wrijving van den uterus en 2 spuitjes ergotine tot staan gebracht. Pols klein, zeer frequent, irregulair, inaequaal. Den volgenden morgen algemeene toestand vrij goed; temperatuur 37,2°; pols en ademhaling nog frequent. 's Avonds temperatuur 38,1°; klachten over benauwdheid en dorst. Geen peritonitische verschijnselen. Pat. overleed ruim 24 uur post operationem. Bij obductie bleek eene peritonitis septica te bestaan, uitgegaan van het ante operationem waarschijnlijk reeds geïnfecteerde cavum uteri. Het kind kreeg op het eene wandbeen druk-gangreen; algemeene toestand in den beginne zeer slecht, cyanose. Een verblijf van enkele dagen in de broedstoof had schitterend succes. Later kreeg het kind paronychia pustulosa (lues!), werd naar de dermatologische afdeeling overgeplaatst en overleed aldaar.

3°. I-para, 33 jr. Eklampsia gravidarum. Vóór haar opname op de Kraaminrichting had pat. ± 20 aanvallen van convulsies gehad. (Van 30 Oct. 's avonds 8 uur tot 31 Oct. 's middags 1.30). Begin der 10de zwangerschapsmaand. Diep coma. Oedema pedum. Geen foetale harttonen. Schedel met groot segment ingedaald. Portio vagin. tuitvormig, ost. ext. geërodeerd, ost. int. voor den vinger doorgankelijk; staande vliezen. Bij het te bed brengen een lichte aanval van convulsies; 10 milligr. morphine subcutaan. Daar de vrucht waarschijnlijk afgestorven en de baring nog niet begonnen was en de aanvallen zich niet herhaalden, werd besloten voorloopig af te wachten. Inwikkeling in natte, heete lakens, waardoor flinke diaphorese optrad. 's Avonds 8.30 nog een aanval, 20 milligr. morphine. Temperatuur 38.9°. Pat. werd steeds dieper comateus; tracheaal reutelen. Te 11 uur 's avonds was de baringstoestand nog dezelfde. Te 3 uur 's morgens was de ademhalings-frequentie 46, de pols niet meer te tellen. Te 4.45 overleed pat. onverlost. Hoewel de vrucht reeds lang was afgestorven, werd uit etische overweging toch tot de sectio caesarea post mortem overgegaan. Buiksnede ± 20 cM. lang; de uterus werd naar buiten gehaald en de wand aan de voorzijde gekliefd, waarbij de placenta bleek aan de achterzijde te zitten. Extractie van een dood kind met hier en daar gemacereerde huid; gewicht 2200 gr., lengte 47 cM. Na lospelling van placenta en vliezen, werd uterus en buikwand gehecht.

7 maal werd *partus praematurus* opgewekt, en wel 4 maal volgens methode-Krause, 1 maal volgens methode-Treub, 2 maal volgens methode-Pelzer (*Archiv. für Gynaecol.* 1892).

In 2 gevallen was het opwekken der vroeggeboorte geïndiceerd wegens eenvoudig plat niet rachitisch bekken, 3 maal wegens eenvoudig plat rachitisch bekken, 1 maal wegens algemeen gelijkmatig vernauwd bekken en 1 maal wegens algemeen vernauwd, plat rachitisch bekken.

1°. VII-para, 38 jr., geh. De 2 eerste kinderen werden levend per forcipem ontwikkeld, de 2 volgende werden spontaan levend geboren, de 2 laatste werden forcipaal, dood geëxtraheerd. Alle kinderen waren voldragen. Eenvoudig plat niet rachitisch bekken met eene conjugata vera van $9^3/_4$ cM. Pat. had begin Juli 1892 't laatst gemenstrueerd en verkeerde ongeveer in 't midden der 10de zwangerschapsmaand. Omvang van den buik 112 cM.; buikwand zeer sterk gespannen. Met het oog op de bizondere grootte der vrucht wordt besloten niet het einde der zwangerschap af te wachten, maar de vroeggeboorte op te wekken. 28 Maart werd eene elastieken bougie ingebracht, 2 April nog 2 bougies. De uterus reageerde op dezen prikkel zeer weinig, ook het draaien van de bougies had weinig effect. Eerst 11 April begon de weeënwerkdadigheid en liep vruchtwater bij kleine beetjes af. De schedel daalde echter ondanks flinke weeën niet in. 36 uur na 't begin van de baring werd in chloroform-narcose beproefd — maar te vergeefs — het hoogstaande hoofd met de forceps in het kleine bekken te trekken. Ook de keering was niet meer mogelijk wegens sterke omsnoering van de vrucht door den baarmoederwand. Morphine met atropine subcutaan, warme pappen op den buik. Den volgenden middag stond het hoofd nog beweeglijk op den ingang. Geen foetale harttonen meer te hooren. *Perforatie* en extractie met den cranioclast van een zeer groot kind; gewicht zonder hersenen 4000 gr.; lengte 56 cM. Kraambed zeer licht door koorts gestoord.

2°. VI-para, 30 jr. Eerste 2 bevallingen in voetligging; doode, voldragen kinderen. 3de zwangerschap eindigde in abortus. 4de partus, perforatie en extractie van een dood kind. 5de partus arte praematurus in de 8ste zwangerschapsmaand; spontane schedelgeboorte; levend kind, 2000 gr. zwaar, $42^1/_2$ cM. lang. Plat rachitisch bekken; conj. vera ± $7^1/_2$ cM. Eind 35ste week der graviditeit. 1 Mei, 1ste bougie, 2 Mei 2de bougie, 3 Mei 3de bougie, 4 Mei 4de en 5de bougie. 's Nachts begin der weeën. 's Morgens 5 Mei werden de 5 bougies verwijderd; het vruchtwater sliep sluipend af; 3 cM. ontsluiting; tamponnade van de vagina; temperatuur 37.9°. 's Middags stond bij 5 cM. ontsluiting het hoofd nog beweeglijk op den ingang; temperatuur 38.5°. Versie bleek niet mogelijk te zijn, daarom werd de schedel *forcipaal* door den bekkeningang gehaald en nadat de tang op nieuw was aangelegd, thans in schuine af-

meting, een levend kind geëxtraheerd, 2250 gr. zwaar, 45 cM. lang. Wegens bloeding werd na 20 min. de placenta gecredeerd. Heete uterus-irrigatie; tamponnade, ergotine-injectie. Kraambed ongestoord. (Dit geval werd onder de forcipale extractie reeds in 't kort vermeld.)

3°. II-para, 21 jr., 1ste partus, versie en extractie van een onder de kunstbewerking afgestorven, voldragen kind. Plat, rachitisch bekken. Eind 32ste week der graviditeit. 5 Juni, 1ste bougie, 6 Juni, 2de bougie, 8 Juni, 3de bougie. 10 Juni in den vroegen morgen begin der weeën; hooge vliesbreuk. Foetale harttonen, aanvankelijk zeer duidelijk, waren niet meer te hooren. 11 Juni 's ochtends half één werd de doode vrucht *spontaan* in achterhoofdsligging geboren; gewicht 2150, lengte 45 cM. Kraambed ongestoord.

4°. V-para, 24 jr. 1ste bevalling, perforatie; 2de partus arte praematurus; spontane geboorte in voorhoofdsligging van een dood kind; 3000 gr. zwaar, 46 cM. lang. 3de bevalling, spontaan in aangezichtsligging van een voldragen dood kind, 3000 gr. zwaar, 50 cM. lang. 4de bevalling, na partus arte praematurus werd door versie en extractie een diep asphyctisch kind geboren, dat niet kon bijgebracht worden; gewicht 2250 gr., lengte 45 cM. Algemeen vernauwd, plat rachitisch bekken (conj. vera ± $8^1/_4$ cM.). Einde 34ste week der graviditeit. 2 Juli werd volgens methode Treub een condoom aan een Lasserre-kathèter verbonden, tusschen eivliezen en uterus-wand ingebracht en met ± 150 cc. steriele boorzuur-solutie 3% gevuld. 's Nachts zoo nu en dan pijn. 3 Juli was het gevulde condoom grootendeels buiten het ost. ext. gedreven; 's avonds lagen de randen van 't gedilateerde ostium weder tegen elkaar. 4 Juli werd wederom een katheter met condoom ingebracht; toen ± 100 cc. vloeistof was ingespoten, ontstond vrij hevige bloeding, die noodzaakte het condoom te verwijderen en de vagina te tamponneeren. 5 Juli. Na verwijdering van den tampon opnieuw een condoom ingebracht en ± 150 cc. boorzuur ingespoten. 6 Juli. Nog geen weeën; het gevulde condoom puilde weder gedeeltelijk door 't ost. ext. uit. Vaginaal-tamponnade. 7 Juli was het condoom geheel uit den uterus gestooten. 11 Juli. Ofschoon pat. 's nachts zoo nu en dan pijn gehad had, werd nogmaals een condoom ingebracht en opgespoten. Tegen den avond flinke weeën. 12 uur 's nachts werd 't condoom spontaan uitgestooten. Volkomen ontsluiting, staande vliezen, hoofd beweeglijk op den ingang. Versie mislukte, eveneens het brengen van een lus om den afgehaalden voet, met het doel den handgreep van Justine Siegemundin toe te passen. Ook bleek het onmogelijk het hoofd met den forceps in het bekken te trekken. *Perforatie* van de levende vrucht; de extractie ging zonder moeilijkheden. Na verwijdering der placenta,

fluxus; tamponnade van uterus en vagina. Lengte van 't kind 44 cM.; gewicht zonder hersenen 2000 gr. Kraambed door hooge koorts gestoord ten gevolge van endometritis septica. Pat. genezen ontslagen.

5°. VIII-para, 45 jr., geb. 1ste en 2de partus duurden lang, doch verliepen spontaan; levende kinderen, 1ste klein, 2de groot. 3de partus, versie en extractie van een klein, levend kind. 4de partus, versie en extractie van een groot, dood kind. 5de partus met de 8ste maand opgewekt, spontaan verloopen, levend kind. 6de en 7de partus, versie en extractie van groote, doode kinderen. Eenvoudig plat bekken (conj. vera ± 9¼ cM.). 13 Aug., ongeveer 10 dagen vóór het vermoedelijk einde der zwangerschap, werd volgens de methode Pelzer, door een Lasserre-katheter, ± 50 cc. glycerine tusschen vliezen en uterus-wand ingespoten. Na 1½ uur duidelijke uterus-contracties, die evenwel 's avonds ophielden. 14 Aug. nogmaals injectie van ± 60 cc. glycerine; 1 uur daarna klachten over brandend gevoel in den buik; na 3 uur duidelijke contracties, die 's nachts weder ophielden. 15 Aug. nogmaals injectie van ± 70 cc. glycerine, direct daarop werd pat. zeer onwel, kreeg een gloeiend gevoel over 't geheele lichaam en dreigde te collabeeren, pols zeer klein, bijna onvoelbaar en zeer langzaam, ± 55 freq. ademhaling normaal. Met kampher-aether-injecties en cognac komt pat. na ongeveer een half uur weer bij. Van verdere pogingen tot het opwekken van de weeënwerkdadigheid werd nu afgezien. In den morgen van 19 Aug. begonnen de weeën. Niettegenstaande krachtige weeën langzaam verloop der baring. Daar de temperatuur 's middags van 20 Aug., *na te voren geheel normaal te zijn geweest*, tot 38.9° was gestegen, werd, nadat uitwendige en gecombineerde keering door den contractie-toestand van den uterus mislukt waren, inwendige *versie* en extractie gedaan, na voorafgaande zijdelingsche incisies in den ± 6 cM. ontsloten moedermond. Het kind was blauw asphyctisch, doch kwam spoedig bij; gewicht 3850 gr., lengte 52 cM. Na het verwijderen van de placenta tamponnade van uterus en vagina wegens bloeding. Onmiddellijk na de baring hooge temperatuur; pat. werd den 4den dag naar de Gynaecologische Afdeeling overgeplaatst en succombeerde daar na ongeveer 8 dagen aan algemeene sepsis.

6°. I-para, 26 jr. Algemeen gelijkmatig vernauw bekken (conj. vera ± 8½ cM.). Einde 35ste week der graviditeit. Met het doel vroeggeboorte op te wekken volgens methode Pelzer werd 21 Aug. getracht een Lasserre-katheder in te brengen; deze krulde echter telkens om. Ten slotte gelukte het toch ± 25 cc. glycerine te injicieeren. Zeer weinig reactie. 23 Aug. werd opnieuw beproefd

een katheter in te brengen, doch hierbij braken de vliezen en liep het vruchtwater af. De partus nam 28 Aug. 's ochtends 1 uur een aanvang. *Spontane* geboorte in achterhoofdsligging van een levend kind, 2500 gr. zwaar, 45 cM. lang. Kraambed ongestoord.

7°. II-para, 25 jr. Bij den 1ste partus was een handje uitgezakt; onder de versie en extractie, die zeer moeilijk ging, stierf het kind af, gewicht 4000 gr. lengte 55 cM. Plat, rachitisch bekken (conj. vera ± 9 cM.). 23 Oct., toen de vrucht ruim 30 weken oud was, werd in de stad met het doel vroeggeboorte op te wekken een colpeurynter in de vagina gebracht. Geen reactie. 4 à 5 dagen later werd te vergeefs beproefd een bougie in de uterus-holte in te brengen; nog 2 dagen later werd opnieuw de colpeurynter geappliceerd, eveneens zonder resultaat. Den 2den November werd pat. in de Kraaminrichting opgenomen. 3 Nov. werd een dikke Lasserre-bougie ingebracht; geen reactie. 7 Nov. werd deze door een andere vervangen, 9 Nov. 's avonds nog een tweede ingebracht. 's Nachts kreeg pat. toen lichte weeën, die eerst in den nacht van 10 op 11 Nov. beter werden. Volkomen voetligging. De vliezen worden kunstmatig gebroken en beide voeten afgehaald bij nagenoeg volkomen ontsluiting. Spontane geboorte van den romp; eene lus der navelstreng om 't eene been geslagen werd over den voet teruggeschoven. Daar de navelstreng zeer langzaam klopte, extractie. Ontwikkeling der naar boven geslagen armen. Door den handgreep van Mauriceau, ondersteund door uitwendigen druk, werd het hoofd met een schok door den bekkeningang gehaald. Het kind was licht asphyctisch, doch kwam spoedig bij; gewicht 2600 gr., lengte 46 cM. 20 Nov. 9 dagen na de geboorte werd het kind wegens slechten algemeene toestand en oedemen in de broedstoof van Auvard geplaatst tot 24 Nov.; daarna nog eens van 26—30 Nov. Bij 't verlaten van de Kraaminrichting op 3 Dec. liet de algemeene toestand niets te wenschen over. Kraambed ongestoord.

Placenta praevia kwam 19 maal voor, 9 maal centraal en 10 maal lateraal. De partus verliep in 7 gevallen spontaan bij schedelligging; 2 maal werd manueele extractie verricht bij ligging met het bekkenuiteinde vóór; 9 maal werd versie gedaan, waaronder 3 maal bij dwarsligging, 6 maal bij schedelligging; in 7 van de 9 gevallen volgde extractie onmiddellijk op de versie. 1 maal werd het kind na perforatie geëxtraheerd.

Van de 6 voldragen kinderen bezweken er 5 onder den partus, van de 13 onvoldragen kinderen ook 5, terwijl er 1 gemacereerd geboren werd.

Onder de patiënten was 1 primipara, 18 multiparae. Infectie

kwam 11 maal voor, en wel ulc. puerp. vagin. 2 maal, endometritis septica 6 maal, algemeene sepsis 2 maal.

1°. VII-para, 27 jr., geh. Placenta praevia centralis. Schedelligging. Bij 4 cM. ontsluiting versie en extractie van een voldragen, dood kind. Prager handgreep. Kraambed door koorts gestoord. Pat. bezweek 11 dagen post partum aan miliair-tuberculose (?) Geen obductie.

2°. V-para, 27 jr., geh. Placenta praevia centralis. Schedelligging. Bij geringe ontsluiting versie en extractie van een wit asphyctisch kind, dat niet werd bijgebracht. Bij aankomst op de Kraaminrichting was de temperatuur reeds 40°; in 't kraambed ontwikkelde zich eene endometritis septica. Later maakte pat. nog een angina door. Genezen ontslagen.

3°. III-para, 21 jr., geh. Placenta praevia centralis. Schedelligging. Bij 5 cM. ontsluiting versie en extractie van een voldragen, dood kind. Mauriceau's handgreep met uitwendigen druk. Kraambed door koorts gestoord tengevolge van endometritis septica. Genezen ontslagen.

4°. IV-para, 28 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Schedelligging. Spontane geboorte van een onvoldragen, levend kind. Retroplacentair haematoom. Kraambed zeer licht door koorts gestoord. Genezen ontslagen.

5°. VI-para, 33 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Dwarsligging. Versie op een voet en 2½ later, na spontane geboorte van den romp, extractie van een voldragen, wit asphyctisch kind, dat niet kon worden bijgebracht. De funiculus was 3 maal om den hals gestrengeld. Kraambed ongestoord.

6°. III-para, 32 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Schedelligging. Spontane geboorte van een onvoldragen, levend kind. Kraambed zeer licht door koorts gestoord. Genezen ontslagen.

7°. I-para, 24 jr., geh. Placenta praevia centralis. Schedelligging. Versie en extractie van een onvoldragen, dood kind. Mauriceau's handgreep met uitwendigen druk. Tamponnade van cervix en vagina. Kraambed ongestoord.

8°. III-para, 27 jr., geh. Placenta praevia centralis. Dwarsligging. Nadat de gecombineerde keering was mislukt, werd bij 9 cM. ontslutting inwendige versie gedaan en met een afgehaald been het ostium getamponneerd. Ruim 9 uur later werd, nadat de romp tot aan den navel geboren was, manueele extractie verricht van een onvoldragen, dood kind. Prager handgreep. Kraambed zeer licht door koorts gestoord. Genezen ontslagen.

9°. X-para, 36 jr., geh. Placenta praevia marginalis. Schedel-

ligging. Spontane geboorte van een onvoldragen, asphyctisch kind, dat spoedig bijkwam. Kraambed ongestoord.

10°. XIII-para, 36 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Dwarsligging. Bij geringe ontsluiting versie en extractie van een onvoldragen, licht asphyctisch kind, dat spoedig bijkwam. Tamponnade van uterus en vagina. Kraambed door koorts gestoord, tengevolge van endometritis septica. Genezen ontslagen.

11°. X-para, 38 jr., geh. Placenta praevia centralis. Schedelligging. Bij geringe ontsluiting versie, waarbij de placenta doorboord werd, onmiddellijk gevolgd door extractie van een onvoldragen, dood kind. Mauriceau's handgreep. Kraambed ongestoord.

12°. VIII-para, 26 jr., geh. Placenta praevia marginalis. Schedelligging. Bij bijna volkomen ontsluiting en met groot segment ingedaalden schedel, werden de vliezen kunstmatig gebroken. Spontane geboorte van een onvoldragen, dood kind. Kraambed door koorts gestoord, tengevolge van endometritis septica. Genezen ontslagen.

13°. III-para, 33 jr., geh. Placenta praevia centralis. Schedelligging. Spontane geboorte van sen onvoldragen, dood kind. Kraambed door koorts gestoord, tengevolge van endometritis septica. Genezen ontslagen.

14°. II-para, 30 jr., geh. Placenta praevia centralis. Schedelligging. Daar bij nagenoeg volkomen ontsluiting na 't afhalen van een voet het hoofd niet gemakkelijk naar boven wilde wijken, werd van de versie afgezien en het onvoldragen, doode kind geperforeerd en met den cranioclast geëxtraheerd. Tamponnade van uterus en vagina. Kraambed langdurig door koorts gestoord, tengevolge van parametritis en phlegmasia alba dolens. Na ruim 3 weken naar de Gynaec. Afd. overgeplaatst en van daar na ruim 2 maanden genezen ontslagen.

15°. VII-para, 28 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Schedelligging. Spontane geboorte van een voldragen, levend kind. Kraambed door hooge koorts gestoord tengevolge van endometritis, metritis, parametritis. Naar Gynaec. Afd. overgeplaatst en aldaar 14 dagen p. p. overleden.

16°. III-para, 25 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Billigging. Bij ± 9 cM. ontsluiting werd een voetje afgehaald en een onvoldragen, gemacereerd kind geëxtraheerd. Prager handgreep. Kraambed ongestoord.

17°. VI-para, 30 jr., geh. Placenta praevia centralis. Voetligging. Bij 8 cM. ontsluiting werd een voetje afgehaald en een onvoldragen, levend kind geëxtraheerd, dat diep asphyctisch ter wereld kwam Fluxus in 't 3de tijdperk stond na expressie van de placenta; de vliezen waren zeer adhaerent en konden niet volkomen

worden verwijderd. Kraambed door koorts gestoord tengevolge van endometritis septica. Genezen ontslagen.

18°. X-para, 40 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Schedelligging. Spontane geboorte van een onvoldragen, levend kind. Kraambed ongestoord.

19°. XI-para, 34 jr., geh. Placenta praevia lateralis. Schedelligging. Bij ± 8 cM. ontsluiting versie en extractie van een levend, 6 maands kind, dat na een uur overlijdt. Kraambed ongestoord.

Ruptura uteri kwam éénmaal voor.

VIII-para, 39 jr. Vorige bevallingen verliepen spontaan. Ongeveer 2 × 24 uur na 't afloopen van 't vruchtwater werd bij dwarsligging met vrij diep ingedaalden schouder door den medicus in de stad versie beproefd eerst met de linker, daarna met de rechterhand. Symptonen van dreigende uterus-ruptuur waren door hem niet waargenomen. Nadat hij een ander ter assistentie had geroepen, was het voorliggend deel uit het bekken verdwenen. Bij de opname in de Kraaminrichting had pat. een zeer gecollabeerd uiterlijk, facies abdominalis, zeer kleinen, frequenten pols. Buik zeer pijnlijk. Boven de symphijse een manshoofdgroote, goed gecontraheerde uterus te voelen; links onder den ribbenboog een hard rond deel. Het kleine bekken leeg; links in de vagina een scheur, die zich tot den fundus uteri uitstrekte. Bijna geen bloeding in de vagina. Buiten narcose werd het kind door de scheur aan de beide voeten gemakkelijk geëxtraheerd, daarna de placenta met de hand verwijderd; tamponnade van uterus-holte en scheur en van de vagina. Zeer weinig bloeding gedurende de extractie. Drukverband op den buik. 2 kampher-aether-injecties, analeptica, opium. Pat. succombeert ruim 24 uur na de extractie. Geen obductie.

6 maal kwam *Eklampsie* voor en wel 4 maal bij primiparae, 2 maal bij multiparae. Zij trad 2 maal gedurende den partus, 4 maal in het laatst der zwangerschap op; in 2 dezer laatste gevallen sloot zich de bevalling aan de eklampsie aan. In 3 gevallen, waaronder gemelli, volgde de partus spontaan, 1 maal werd forcipale extractie verricht, 1 maal sectio caesarea, 1 maal sectio caesarea post mortem.

Van de kinderen werden 3 levend geboren, waaronder 2 voldragen; 4 waren onvoldragen dood.

3 der gevallen zijn reeds onder forcipale extractie en sectio caesarea beschreven, de andere gevallen zijn de volgende:

1°. IX-para, 35 jr. De vorige keeren verliepen graviditeit, partus en puerperium steeds zonder stoornissen. Gedurende deze graviditeit veel last van braken en zware hoofdpijn, geen oedemen.

Nadat pat, ± 12 uur lichte pijnen had gehad, trad de eerste aanval op. Bij de opname had zij 10 aanvallen gehad (9 Febr. 's morgens 10 uur—'s middags 1 uur) 1 uur 15 min. aanval — 20 mgr. morphine subcutaan. 2 uur aanval — 15 mgr. morphine subcutaan. Te kwart na twee volgde spontaan de geboorte van een voldragen, licht asphyctisch kind. Te 2.30 weder een aanval, waarna de placenta door druk werd verwijderd. Na dien nog 6 aanvallen, waartegen met morphine-injecties, heete natte inwikkelingen, prikkelende clysma's, ten laatste met chloral werd opgetreden. Kraambed verder ongestoord.

2°. X-para, 42 jr. Vorige keeren verliepen, graviditeit, partus en puerperium zonder stoornis. De laatste 14 dagen oedeem van beenen, armen en gelaat, hoofdpijn, duizeligheid. Vóór haar opname op de kraaminrichting had pat. reeds ± 30 aanvallen van convulsies gehad (8 April van 3 tot 7$^1/_2$ uur 's namiddags. Diep coma, stertoreuse ademhaling, pols matig gespannen, frequentie 90. Enkele uterus-contracties. Portio vaginalis nog niet verstreken; hoofd met een klein segment ingedaald. 7 uur 40 min. aanval — 20 mgr. morphine subcutaan. Nogmaals aanvallen te 8.40 en 10.20; beide keeren 20 mgr. morphine subcutaan. Verder geen aanvallen meer. Te 4.15 spontane geboorte van een onvoldragen, dood kind. Kampher-aether-injecties, prikkelende clysmata. Kraambed licht door koorts gestoord.

3°. I-para, 26 jr. Laatste weken oedema pedum, overigens geene klachten. Bij hare opname in de kraaminrichting had pat. ± 12 aanvallen gehad. 31 Mei 2—9$^1/_2$ uur 's voormiddags.) Pat. was in 't midden der 10de zwangerschapsmaand. Coma; pols gespannen, niet frequent. Foetale harttonen niet te hooren. Portio vaginalis nog niet verstreken, schedel op den bekkeningang. Bij opname 31 Mei 's morgens 9.30 — 25 mgr. morphine subcutaan, direct daarop een aanval. Te 10.15 aanval — 25 morphine. Te 10.30 aanval — chloroform-narcose. De aanvallen herhaalden zich nog te 10.35, 10.50 en 12 uur. Prikkelende clysmata, inwikkeling in natte lakens. Pat. kwam 1 Juni half en half tot bewustzijn, had geene aanvallen meer. Zij beviel 2 Juni 's ochtends 3.40 spontaan van een onvoldragen, dood kind in achterhoofdsligging. Een 2de kind bleek nog in utero aanwezig te zijn. 's Middags 1 uur werd dit 2de kind, ook onvoldragen, dood, in achterhoofdsligging door expressie geboren. Kraambed door koorts gestoord tengevolge van endometritis septica. Genezen ontslagen.

Adhaesio placentae, die manueele extractie noodig maakte, kwam 7 maal voor en wel 3 maal bij primiparae, 4 maal bij muliparae.

De duur van het 3de tijdperk wisselde in deze gevallen van 5 minuten tot 16½ uur.

In 5 van de 7 gevallen was het kraambed door koorts gestoord gestoord tengevolge van endometritis septica. Alle genezen ontslagen.

Funiculus praevius kwam 9 maal voor. Het kind werd in deze gevallen 1 maal door expressie geboren, 2 maal door manueele extractie, 5 maal door versie en extractie en 1 maal door perforatie en extractie. Er werden 4 levende, 5 doode kinderen geboren.

Van belang zijn nog de volgende complicaties bij den partus.

1°. III-para, 26 jr. Reeds vóór de 1ste zwangerschap had pat. eene dikte in den buik, die sinds voortdurend in omvang toenam, doch haar niet den minsten last veroorzaakte. Beide vorige verlossingen spontaan. Groote *ovariaal-cyste* rechts vóór den uterus gelegen. Spontane bevalling van een levend kind, 4000 gr. zwaar, 55½ cM. lang. Kraambed ongestoord. Pat. werd na 17 dagen naar de Gynaec. Afd. overgeplaatst. Ovariotomie. Genezen ontslagen.

2°. II-para, 31 jr. Phthisis pulmonum in het laatste stadium; phthisis laryngis. Hevige laryngeaal stridor onder den partus; ijs in- en uitwendig. Partus spontaan verloopen. ± 12 uur post partum *tracheotomia inferior*. Kraambed overigens niet gestoord. Pat. den volgenden dag naar de interne afd. overgeplaatst, overleed ± 8 weken post partum.

3°. III-para, 31 jr. Pat. had bij opname eene ± 4 cM. groote ontsluiting; daar omheen een zoom, ruim 1 cM. breed, die ruw, hobbelig aanvoelde. De partus verliep spontaan zonder bezwaren. In 't puerperium bleek *carcinoma port. vagin.* aanwezig te zijn. Kraambed ongestoord. Pat. werd naar de Gynaec. Afd. overgeplaatst. Totaal-exstirpatie per vaginam. Pat. bezweek 3 à 4 maand post operationem aan recidief.

Van de 10 vrouwen die reeds verlost op de Kraaminrichting werden opgenomen, waren 7 ongehuwd en 3 gehuwd.

5 vrouwen waren voor de eerste maal bevallen (waarvan 1 gehuwd), 2 voor de tweede maal (waarvan 1 gehuwd), 3 voor de derde maal (waarvan 1 gehuwd).

6 vrouwen kwamen met een levend, voldragen kind binnen, 3 met een levend, onvoldragen, 1 met een diep asphyctisch, voldragen kind, dat niet kon worden bijgebracht.

Bij 5 vrouwen moest de placenta nog verwijderd worden.

In 2 gevallen was het kraambed door koorts gestoord, tengevolge van endometritis septica.

In 214 van de 569, dat is in 37,5°/₀ der gevallen, was het kraambed gestoord. Hiervan kwamen 47 gevallen van infectie op 92 kunstmatig verlosten, d. i. 50°/₀; 167 gevallen van infectie op 477 spontaan verlosten, dat is 35°/₀.

Onder de gevallen van *zeer lichte* infectie, zijn behalve de lichte aandoeningen der vagina, ook begrepen de gevallen van spontaan verdwenen temperatuursverhooging, waarvoor geen bepaalde oorzaak aan te wijzen was; onder de *lichte* infectie zijn gebracht herhaaldelijk behandeling vereischende vaginaal ulcera en tevens de lichte aandoeningen van 't endometrium; onder *zware* infectie, hardnekkige endometritides en lichte aandoeningen van para- of perimetrium; onder zeer zware infectie, de langdurige behandeling vorderende gevallen van para- of perimetritis, verder die van peritonitis en algemeene sepsis.

16 kraamvrouwen werden wegens febris puerperalis overgeplaatst, 14 naar de Gynaec. Afd., 2 naar het Buiten Gasthuis, 1 wegens *Mania puerperalis*, 1 wegens *Erysipelas*.

Van de 14, die naar het Binnen Gasthuis werden overgeplaatst, werden 10 genezen ontslagen, 4 overleden er. Bovendien overleden 2 vrouwen in de Kraaminrichting aan acute sepsis. De sterfte tengevolge van puerperale infectie bedroeg derhalve 6 : 569 = ruim 1°/₀.

Het zijn de volgende gevallen:

1°. VII-para, 28 jr. Placenta praevia lateralis. Tamponnade. Spontane bevalling. Op de Gynaec. Afd. aan algemeene sepsis overleden (zie onder placenta praevia N°. 15).

2°. VIII-para, 45 jr. Partus arte praematurus volgens methode Pelzer. Versie en extractie na incisies in den baarmoedermond. Op de Gynaec. Afd. aan algemeene sepsis overleden (zie onder partus arte praematurus N°. 5).

3°. XVIII-para, 44 jr. Vorige verlossingen verliepen spontaan met uitzondering van de eerste en een tweeling-geboorte. Door een stadsdokter was des nachts te vergeefs tot tweemaal toe de forceps geappliceerd, zonder dat hiervoor eenige indicatie bestond. Pat. werd op de Kraaminrichting 's morgens 10 uur gobracht met de diagnose: voorhoofdsligging. Geen abnormale rekkingsverschijnselen van 't onderste uterus-segment. Harttonen van 't kind volkomen normaal. Ontsluiting ± 8 cM. met gezwollen voorlip. Hoofd voor 't grootste deel ingedaald. A. a. l. v. Flinke weeën. In den loop van den dag kwam er volkomen ontsluiting; 's avonds 7 uur spontane geboorte van een licht asphyctisch kind. Vrij hevige fluxus in 't derde tijdperk kwam tot staan na het verwijderen van de nageboorte. Pat. overleed, na naar de Gynaec. Afd. te zijn overgeplaatst, ruim 2 dagen later aan algemeene sepsis. Bij obductie bleek te bestaan

septische endometritis, metritis en peritonitis. 't Lab. ant. portionis vagin. bleek sterk gekneusd en bloederig te zijn, waaraan waarschijnlijk de immature aanlegging van de forceps schuld heeft.

4°. VI-para, 34 jr. 1ste en 3de partus forcipaal getermineerd, overige spontaan verloopen. Pat. werd 's nachts 12 uur binnengebracht, nadat de vrouw bijna 3 dagen in partu was, de vliezen des morgens waren gebroken en des avonds in de stad forcipale extractie beproefd was. Algemeene toestand vrij goed; foetale harttonen normaal; voorlip nog zeer duidelijk; 't hoofd op den bekkenbodem. A. a. r. v. Totale weeënzwakte. Na ontlediging van de sterk gevulde blaas, werd voorloopig afgewacht. Den volgenden middag baringstoestand dezelfde, temperatuur 38,3. Na mislukte expressie (Kristeller) forcipale extractie van een levend, zwaar kind. Den 8sten dag overleed pat. aan algemeene sepsis. Endometritis septica, parametraan absces, sero-fibrineuse peritonitis, parenchymateuse degeneratie van hart en nieren. Infectie-milt.

5°. II-para, 30 jr. 1ste partus forcipaal getermineerd. Pat. werd 9 dagen voor hare bevalling opgenomen met Polyarthritis rheum. acut., waaraan zij reeds 3 weken leed. De laatste 6 dagen vóór de bevalling normale temperatuur. Partus duurde wel wat lang, doch verliep spontaan. Pat. werd na 14 dagen met hooge koorts naar de Gynaec. Afd. overgeplaatst en overleed daar 10 dagen later. Bij obductie was eene zekere oorzaak van den dood niet aan te wijzen. Chronische infectie-milt. Ruptuur van 't achterste laquear met groot infiltraat achter cervix en vagina.

6°. II-para, 38 jr. Sectio caesarea bij volkomen ontsluiting wegens plat rachitisch bekken. Pat. overleed ruim 24 uur post operationem aan acute sepsis (zie onder sectio caesarea N°. 2).

Bovendien overleden op de Kraaminrichting nog 3 vrouwen, 1 aan eklampsia gravidarum, 1 aan de gevolgen van ruptura uteri, 1 onder verschijnselen van miliairtuberculose 10 dagen post partum. Zoo in de beide laatste gevallen sectie ware verricht, zoude misschien gebleken zijn, dat ook deze vrouwen aan sepsis waren overleden.

In de laatste 2 maanden van 1893 werden 6 kinderen geplaatst in de broedstoof van Tarnier-Auvard, 2 wegens onvoldoende ontwikkeling, 4 wegens cyanose en algemeene oedemen. Eén der eerste overleed 2 dagen na de geboorte, een der laatste 4 à 5 weken oud aan lues congenita. De toestand der vier overigen was bij het ontslag geheel normaal.

SYNCLITISME EN ASYNCLITISME VAN DEN SCHEDEL OP DEN BEKKENINGANG

DOOR

Dr. J. D. DOORMAN,
Leiden.

De strijd, die over de wijze van indalen van den schedel in de bekkenholte bij de baring gestreden wordt, is tot vóór eenige jaren gevoerd tusschen twee partijen, te weten: één partij, die meent, dat de schedel d'aplomb door den bekkeningang indaalt, d. w. z. zóó, dat de vertikale as van den schedel juist in de as van het vlak van den bekkeningang zich bevindt; en eene andere partij, die van meening is, dat niet beide wandbeenderen gelijktijdig door den ingang in de holte komen, maar dat het voorste [1]) wandbeen het eerst indaalt. De pijlnaad zou dan dichter bij het promontorium verloopen dan bij de symphysis. Dieper in de holte zou die scheeve ligging van den schedel zich herstellen en zou de uitdrijving op de bekende wijze verder gaan.

Nadat over dit verschil van meening langen tijd zonder eindbeslissing is gestreden, heeft eene derde partij zich gevormd, die zich niet bij een der bestaande partijen aansloot, niet het subjectieve onderzoek tot uitgangspunt harer redeneering gebruikte, maar een hulpmiddel van objectief onderzoek te baat nam, dat de vraag ten slotte schijnt te hebben opgelost.

In 1892 verscheen van de bekende Parijsche verloskundigen Pinard en Varnier een uitstekend geschreven werk, getiteld: „Etudes anatomiques obstétricales", vergezeld van een prachtigen atlas. Eigen observaties, gedaan aan overlangsche doorsneden van bevroren cadavers van gravidae en parturientes, verspreidden haar licht over verschillende duistere punten in de anatomie der verloskunde. Niet het minst gelukkig waren de onderzoekers bij het navorschen der verhoudingen van den stand van den kinderschedel ten opzichte van het vlak van den bekkeningang bij parturientes.

---

[1]) Het wandbeen, dat naar de symphysis is gekeerd, zal genoemd worden „*voorste wandbeen*", het wandbeen, dat naar de wervelkolom ziet, zal òf het *achterliggende* òf het *achterste* wandbeen genoemd worden. De uitdrukking *voorliggend wandbeen* in plaats van *voorste wandbeen* te gebruiken, zou onjuist zijn, daar *voorliggend* in de obstetrische taal beteekent: „het gemakkelijkst te bereiken", „door den onderzoekenden vinger het eerst te voelen" en dus bij „wandbeen" gevoegd, zou uitdrukken, dat het voorste wandbeen van beide wandbeenderen het *diepste* is ingedaald.

Een drietal lijken stonden hun bij die onderzoekingen ten dienste: het eerste was dat van eene primigravida, die in het midden van de achtste maand aan eclampsie overleed, het tweede was dat van eene secundigravida, die in de achtste maand der zwangerschap stierf; het derde cadaver was dat van eene vrouw, die in het begin van den partus succombeerde.

Zij bestudeerden, ter contrôle van de door hen verkregen resultaten, de afbeeldingen van de doorsneden van bevroren lijken van parturientes, door andere onderzoekers openbaar gemaakt, en zij konden door vergelijking dier afbeeldingen tot de slotsom komen, dat de stand van den schedel ten opzichte van den bekkeningang gedurende het tijdperk van het indalen van den schedel in de bekkenholte eene andere is, dan door vroegere onderzoekers werd gemeend.

De schrijvers gaven in hun werk reproducties voor de afbeeldingen der cadaver-coupes door andere onderzoekers gepubliceerd, nl. die van Zweifel en Braune, van Winter en van Barbour.

Uit de vergelijking van deze cadaver-coupen met hun eigen afbeeldingen, putten zij bewijzen voor hunne theorie. Die theorie, welke in het werk van Pinard en Varnier is geformuleerd, zal ik eerst woordelijk weergeven, om daarna enkele termen, die wellicht onduidelijk zijn, te verklaren door eene voorstelling te geven van de wijze, waarop volgens deze opvatting de schedel door den bekkeningang in de holte daalt.

Op pag. 74 van den tekst van genoemde schrijvers leest men: „Nous aurons plus que justifié dans ce débat si nous démontrons, pièces anatomiques en mains:

1°. Que dans les conditions de décubitus où tous les observateurs que nous venons de citer ont placé leurs sujets, il n'y a pas conjonction des axes utérin et pelvien, mais que l'axe du corps de l'utérus, c'est-à-dire de la partie active de l'organe, est toujours plus ou moins incliné en arrière par rapport à l'axe du détroit supérieur;

2°. Que la tête foetale, avant son engagement, au moment de sa présentation, soit pendant la grossesse, soit au début du travail, n'est pas synclitique au détroit supérieur, mais, pour employer le langage habituel, inclinée sur son pariétal postérieur; c'est-à-dire que la suture sagittale se trouve, avant l'engagement, plus rapprochée de la symphyse que du promontoire, et que le pariétal postérieur est déjà dans le bassin alors que l'antérieur ne fait qu'y poindre;

3°. Que l'engagement se fait par correction progressive de cette inclinaison, c'est-à-dire par descente du pariétal antérieur attardé, et qu'on voit par suite la suture sagittale s'approcher de l'axe du

détroit supérieur, mais pour l'atteindre seulement après que l'engagement est accompli;

4°. Que le synclitisme ainsi produit, considéré soit par rapport à l'axe du détroit supérieur, soit par rapport à l'axe des différents plans de l'excavation que la tête traverse, loin d'être constant et durable dans le haut de l'excavation, ne se produit que dans la partie inférieure de celle-ci. Il ne persiste que pendant l'instant nécessâire à la tête pour passer de l'asynclitisme initial (inclinaison sur le pariétal postérieur), à l'asynclitisme inférieur, contraire ou opposé (inclinaison sur le pariétal antérieur), qu'on observe durant la fin de la descente et l'attaque du détroit inférieur, avant la rotation. Il en résulte que, pendant l'engagement, et la descente, c'est la bossé pariétale antérieure, contrairement aux descriptions classiques, qui d'abord seule marche, seule descend. Si, plus tard, la bosse pariétale postérieure évolue quelque peu, c'est encore la descente de la bosse pariétale antérieure qui l'emporte, jusqu'à ce que la tête subisse la réaction périnéale qui va la diriger en avant."

Ik zal ter verklaring van de bedoeling der theorie eerst eenige algemeene beschouwingen geven over den stand van den schedel boven den bekkeningang bij een normaal bekken.

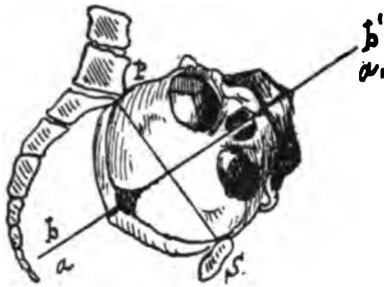
In het begin van een normaal beloopenden partus van eene multipara met een normaal bekken bevindt zich bij schedelligging de schedel in den uterus boven den bekkeningang. Beide fontanellen staan even hoog, de kleine fontanel kan naar verschillende richtingen gekeerd zijn. Na de eerste contracties der baarmoeder daalt de kleine fontanel dieper, de flexie van het hoofd ten opzichte van den romp neemt toe.

Wanneer door de contracties van den uterus het hoofd dieper in den bekkeningang komt, zal de pijlnaad, die den loop van de grootste afmeting van den schedel bepaalt, zich plaatsen in de dwarse of in eene schuinsche afmeting van den bekkeningang. De biparietale afmeting van den schedel zal dan samenvallen met de rechte afmeting van den bekkeningang; respective bij schuins loopenden pijlnaad met de tegenovergestelde schuinsche afmeting van het bekken. De kleine fontanel staat het diepst, het achterhoofd daalt het eerst in de holte.

In het beschreven geval is de stand van den schedel nog niet volledig aangegeven. De schedel kan ten opzichte van het vlak van den bekkeningang in zoodanigen stand zich bevinden, dat beide wandbeenderen even diep in de holte staan. Maar het is ook mogelijk, dat een der wandbeenderen, hetzij het voorste, hetzij het achterste,

dieper staat dan het andere, dat het hoofd in scheeve houding ten opzichte van den bekkeningang staat.

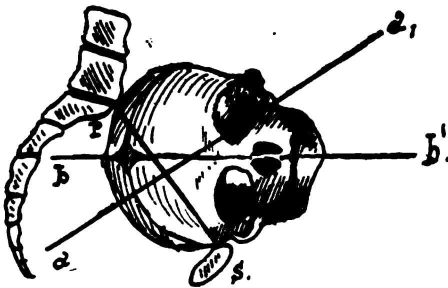
Laten wij ons gemakshalve een geval voorstellen, waarbij de kleine fontanel naar één der zijden, b. v. naar links, wijst, en de pijlnaad in de dwars loopende afmeting van den bekkeningang staat. Wanneer beide wandbeenderen even diep zijn ingedaald, dan loopt de vertikale as van den schedel in een lijn, die loodrecht staat op het midden van het vlak van den bekkeningang of m. a. w. in de as van den bekkeningang (zie fig. 1). De pijlnaad loopt in dat geval juist in het midden tusschen het promontorium en de symphysis.


Fig. 1.

Het samenvallen van de as van den schedel [1]) met die van den bekkeningang is onder de Engelsche en Fransche obstetrici bekend onder den naam van *synclitismus*, afgeleid van den Griekschen stam κλιν-, vanwaar het. werkwoord κλινω, hellen.

Het woord synclitismus beteekent: den toestand van gelijkelijk hellen van lijnen, evenwijdigheid van assen.

Wanneer daarentegen de beide wandbeenderen niet even diep staan, is er geen synclitismus. Dan valt de schedelas niet samen met de as van den ingang [2]). Zij maakt een hoek met deze laatste, hetzij naar voren, hetzij naar achteren van de vrouw. Den toestand, waarbij de assen niet samenvallen, maar onderling een hoek maken, noemt men *asynclitismus*. In de Nederlandsche taal kan men spreken van *askruising*. De schedelas *bb'* maakt met de as van den ingang in nevenstaande figuur 2 een hoek naar voren van de vrouw. Men noemt dezen toestand *asynclitismus an-*


Fig. 2.

[1]) Ter voorkoming van herhalingen, zal ik in de volgende bladzijden met „schedelas" bedoelen de *vertikale* as van het hoofd.

[2]) „As van den ingang" staat hier kortheidshalve in plaats van „as van het vlak van den bekkeningang."

terior (*askruising naar voren*) of zooals de Fransche obstetrici het noemen: *asynclitisme supérieur* of *inclinaison sur le pariétal antérieur*. Het is de stand van den schedel, dien Naegele voor den normalen hield bij het indalen in de holte, de *Naegele'sche obliquiteit* of *voorste-wandbeensligging*.

In figuur 3 is een schedel op den ingang voorgesteld, die in een anderen stand zich bevindt dan de schedels in de figuren 1 en 2. Het achterliggende wandbeen staat in figuur 3 het diepst in de holte, de pijlnaad loopt dicht bij de symphysis, de schedelas *bb'* helt ten opzichte van de ingangsas *aa'* in de richting van de wervelkolom der vrouw. Er is hier *asynclitismus posterior*, *askruising naar achteren*. Met het oog op den stand van het wandbeen noemt men de ligging *achterste-wandbeensligging*, *inclinaison sur le pariétal postérieur* of *asynclitisme inférieur*.

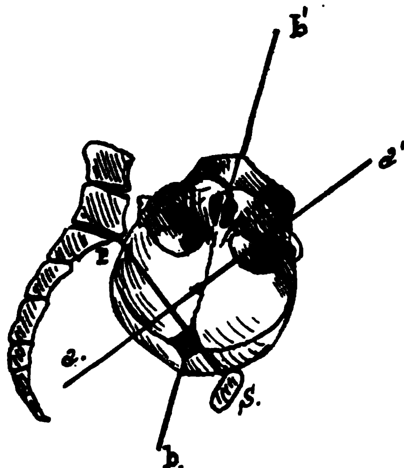


Fig. 3.

Niet altijd staat de pijlnaad in de dwarse afmeting van den bekkeningang. Ook wanneer de pijlnaad in een der schuins loopende afmetingen van het bekken zich bevindt, kan een der wandbeenderen dieper dan het andere staan. Men vindt dan een der tubera parietalia het diepst in de holte, al naar den stand van den schedel links of rechts van de mediaanlijn.

Deze regel geldt alleen voor het normale mechanisme bij eene ongecompliceerde achterhoofdsligging. De pathologische liggingen zal ik vooralsnog buiten bespreking laten.

De schedelas en de rompas [1]) van het kind liggen niet altijd in elkaar's verlengde. Zij vormen in de meeste gevallen een hoek, die òf naar voor òf naar achteren ten opzichte van het bekken van de vrouw openstaat. Daarom kan uit de kennis van den stand van den schedel boven den ingang geen gevolgtrekking worden gemaakt omtrent de onderlinge verhouding tusschen de schedelas en de rompas van het kind.

Ten einde zich dit duidelijk te maken, denke men zich het volgende geval.

De schedel staat in synclitisme boven den ingang en de as van

---

[1]) „Rompas" staat kortheidshalve hier in plaats van „vertikale as van den romp".

den romp ligt in het verlengde der schedelas. Buigt het kind door eene of andere oorzaak het hoofd op zij, terwijl de romp in denzelfden stand blijft, dan krijgt men een asynclitisme van den schedel, maar behoudt men een synclitisme van de rompas ten opzichte van het vlak van den ingang. De as van den schedel en die van den romp snijden elkaar in een hoek. Omgekeerd kan de schedel in synclitisme op den ingang staan, terwijl de romp in asynclitisme ten opzichte van de schedelas staat. Daar de schedelas en bekkeningangsas evenwijdig zijn, staat de romp in dat geval asynclitisch op den bekkeningang. Pinard en Varnier zijn van meening, dat de hoek tusschen rompas en schedelas boven den ingang meestal een stompe is, die naar de wervelkolom der vrouw is gekeerd. Later kom ik op die beschouwing terug.

Farabeuf had reeds langen tijd opgemerkt, dat bij het abnormale bekken de schedel dikwijls in asynclitismus posterior boven den ingang stond. Een zijner leerlingen, Dr. G. Lepage, wijst daarop in een thèse, getiteld „L'application du Forceps au détroit supérieur", die in 1888 verscheen. Op bladzijde 21 zegt hij: „Ainsi, dans les rétrécissements du bassin, non seulement l'inclinaison de Naegele n'existe pas; c'est l'inverse qui se produit, l'inclinaison sur le pariétal postérieur. M. Pinard a pratiqué nombre de fois avant nous le toucher manuel pour se rendre compte de la situation de la tête foetale et dans la presque totalité des cas, c'est cette disposition qu'il a observée.

„De même, dans un cours fort intéressant fait à la Faculté de médicine, en décembre 1886, sur les organes génitaux de la femme, le Pr. Farabeuf, étudiant incidemment cette question, conclut que normalement ce doit être le pariétal postérieur qui s'engage le premier au niveau de l'aire du détroit supérieur."

Uit deze aanhaling blijkt, dat in Frankrijk reeds sedert eenige jaren de meening heeft bestaan, dat het indalen van den schedel geschiedt met diepen stand van het achterliggende wandbeen. Die meening staat lijnrecht tegenover de theorie van Naegele en die van de voorstanders van het d'aplomb indalen van den schedel.

Toch zal uit de volgende beschouwingen blijken, dat Farabeuf, Pinard en Varnier een juist denkbeeld hadden van een mechanisme van de schedelgeboorte, voordat anderen er over dachten het synclitismus of de Naegele'sche obliquiteit te verloochenen.

„Nous admettons," zegt Lepage, „en nous appuyant sur l'enseignement de maîtres tels que les Prs. Varnier et Farabeuf, sur les observations cliniques faites par M. Pinard, sur celles que nous avons pu faire nous-même, que l'inclinaison de la tête sur le pariétal postérieur est la règle, celle sur le pariétal antérieur l'ex-

ception, et comme nous l'avons dit dans les cas où l'anteversion de l'utérus est très prononcée."

Na het lezen en beoordeelen van de publicaties, die over het mechanisme van de baring zijn verschenen, door de ondervinding, die ik zelf bij baringen heb opgedaan, nadat ik opmerkzaam was geworden op de fouten, die men bij het onderzoek van de vrouw gevaar loopt te begaan, heb ik de overtuiging gekregen, dat de opvatting van Farabeuf, Pinard en Varnier de eenige juiste is.

Eerst moet echter aangetoond worden, dat de pathologische wandbeensliggingen in het kader van de theorie passen. Daarna zal ik in bijzonderheden het werk van Pinard en Varnier bespreken, waarin zij hunne theorie meer algemeen hebben bekend gemaakt.

De pathologische voorste- en achterste-wandbeensliggingen komen gewoonlijk alleen bij platte bekkens voor. Pinard vond bij die soorten van vernauwde bekkens bijna altijd den schedel in asynclitismus posterior.

Wanneer een bewegelijke schedel zich bevindt boven den bekkeningang van een plat bekken, zal bij den aanvang der weeën de eerste beweging van den schedel bestaan in een dieper komen van de groote fontanel, niet van de kleine, zooals bij het normale bekken plaats heeft. Er ontstaat dus eene *kruinligging*. De pijlnaad staat in die gevallen meestal dwars. De stand van den schedel in verhouding tot het vlak van den bekkeningang is in het begin der baring in asynclitismus posterior, het achterste wandbeen staat ten opzichte van dat vlak het diepst. In dien stand komt de schedel bij de baring in den vernauwden bekkeningang, waar hij meer weerstand ondervindt dan bij een normaal bekken. Bij het normale bekken bewerkt de resultante van den weerstand in den bekkeningang, van de kracht der uterus-weeën en van de buikpers eene rotatie van het voorste wandbeen langs de symphysis in de holte, door welke draaiing de pijlnaad dichter bij het promontorium komt te staan. Gedurende die rotatie daalt het hoofd dieper in de holte.

De rotatie, zooeven beschreven, zal bij het platte bekken ook plaats hebben, maar hier *boven* den bekkeningang en niet in de holte. Het voorste wandbeen zal niet langs de symphysis dieper in de holte dalen, zooals dit bij den normalen bekkeningang plaats heeft, maar, tengevolge van de vernauwing van den ingang, op den bekkenring roteeren. De pijlnaad zal meer het promontorium naderen, maar zonder dat de schedel dieper in de holte komt. Er ontstaat dus op die wijze eene „voorste-wandbeensligging." Het mechanisme is hetzelfde als bij de normaal verloopende baring, maar één factor ontbreekt, nl. het indalen van den schedel in de holte. De schedel rijdt zich zelven in dat geval vast op den bekkeningang.

Wil in deze positie de schedel nog spontaan indalen, dan moet noodzakelijk op het oogenblik, dat de pijlnaad zoo dicht mogelijk het promontorium is genaderd, dus op het oogenblik, dat de lateroflexie van het hoofd haar maximum heeft bereikt, het achterste wandbeen langs het promontorium in de holte worden gedrukt. Die beweging wordt meestal mogelijk gemaakt door eene verandering in den vorm van den schedel, die ontstaat na het ad maximum indalen van het voorste wandbeen. De contracties van den uterus en de buikpers drukken den schedel in voorste-wandbeensligging met kracht op den ingang, zonder dat de schedel in de holte daalt. Daardoor ontstaat eene sterkere kromming van het voorste wandbeen. Het achterste wandbeen wordt door den druk tegen het promontorium en den eersten lendenwervel afgeplat en schuift onder het voorste wandbeen.

Door die vormverandering van den schedel wordt de mogelijkheid tot indalen grooter en meestal wordt op die wijze een schedel in voorste-wandbeensligging door den ingang gedreven.

De verklaring van het ontstaan van de pathologische achterste-wandbeensligging of achterste-oorligging is niet zoo gemakkelijk te geven als van de voorste-wandbeensligging. Ook zij komt alleen voor bij den vernauwden bekkeningang.

Wel is waar zal de oorspronkelijke neiging van den schedel zijn, in asynclitismus posterior zich op den ingang te plaatsen, maar toch blijft het onverklaard, waarom in zéér enkele gevallen [de pathologische achterste-wandbeensligging is uiterst zeldzaam], de normaliter daarop volgende neiging tot rotatie van het voorste wandbeen in de holte uitblijft, en het achterste wandbeen steeds dieper in den ingang wordt gedrukt, terwijl de schedel zoodanig over den ring van den bekkeningang draait, dat de pijlnaad steeds dichter bij de symphysis komt, zonder dat het achterste wandbeen dieper in de holte daalt.

Is dat een lusus naturae of zijn er omstandigheden denkbaar, die de neiging tot dieper dalen van het voorste wandbeen tegengaan en het achterste wandbeen diezelfde neiging doen krijgen?

Dat het ontstaan van eene pathologische achterste-wandbeensligging aan een toeval te wijten zou zijn, is ondenkbaar. Het besproken mechanisme is aan wetten gebonden zoo goed als de andere mechanismen bij de geboorte. De componenten, die de resultante samenstellen, welke die bepaalde beweging van den schedel beheerscht, kennen wij nog niet in voldoende mate.

Om eene verklaring te geven, moet worden aangenomen, dat reeds vóór het begin van de baring het hoofd in sterke lateroflexie staat, met het achterste wandbeen het diepst. Wordt dan door de

weeën het hoofd op den vernauwden ingang gedrukt, dan zal de schedel in dien toestand blijven staan, en zal het achterste wandbeen trachten verder in te dalen.

Het asynclitismus posterior zal in die gevallen te sterk zijn, dan dat de schedel het normale mechanisme kan verrichten, d. w. z. dat het voorste wandbeen dieper indaalt. Ware het achterste wandbeen in de holte gedaald, dan zou het voorste wandbeen nog gelegenheid hebben, om langs de symphysis in de holte te komen. Tengevolge van de vernauwing van den ingang is het achterste wandbeen echter niet ingedaald, maar bedekt het den geheelen bekkeningang, terwijl het voorste wandbeen boven den ingang is teruggeduwd.

Er is in deze wijze van ontstaan der achterste-oorligging niets, wat in strijd is met de opvatting van Pinard. Zelfs is het beschreven mechanisme logischer dan dat wat zou moeten worden passend gemaakt in de theoriën van Naegele en van de voorstanders van het synclitisme.

Hoewel de achterste-wandbeensligging eene pathologische ligging is, en in de meeste gevallen de schedel onwrikbaar boven den bekkeningang blijft staan, zoo kàn toch eene spontaan indalen plaats hebben, hetzij doordat de weeën zeer heftig zijn, hetzij doordat de schedel zich sterk mouleert. J. Veit beschrijft als wijze van indalen, dat het voorste wandbeen ten slotte over de achtervlakte der symphysis heenglijdt in de holte, Litzmann daarentegen is van meening, dat het diep liggende achterste wandbeen weder terug draait, langs het promontorium omhoog stijgt en dat op die wijze het indalen van den schedel mogelijk wordt.

De opinie van Litzmann is reeds a priori niet waarschijnlijk. Het is niet duidelijk, hoe de schedel zonder reden eene beweging zou maken, waarvan de richting geheel tegenovergesteld is aan die, welke hij vroeger heeft gevolgd, terwijl de krachten, die op den schedel werken, dezelfde zijn gebleven in quantiteit en richting als tevoren. De verklaring van Veit daarentegen strookt geheel met de opinie van Pinard en Varnier en is ceteris paribus dezelfde als die van het indalen van den schedel in pathologische voorste-wandbeensligging.

Het hoofdstuk, waarin Pinard en Varnier hunne théorie verdedigen (pag. 61 VIII), is getiteld: „De l'engagement et la descente de la tête dans les bassins normaux."

Na een overzicht van de litteratuur, waarin Naegele, R. Barnes, Duncan, Schatz en anderen worden gecritiseerd, spreken de schrijvers hunne meening uit over het mechanisme van het indalen van den schedel.

In de eerste plaats wijzen zij er op, dat de schedelas en de

uterus-as niet langs elkaar vallen, maar dat er eene duidelijke kruising dier assen bestaat en wel in dien zin, dat de as van den uterus in asynclitismus posterior staat ten opzichte van de schedelas. Zij bestrijden hier dus de opinie van Duncan. Uit hunne praeparaten blijkt, dat de uterus naar achteren overhelt. De eerste drie figuren op de platen, achter dit opstel gevoegd, geven de drie cadaver-coupen van Pinard en Varnier weer. Uit deze coupen hebben zij voornamelijk hunne meeningen geput.

Ik zal hier eene korte beschrijving geven van wat de schrijvers omtrent de cadaver-coupen mededeelen.

In figuur 1 (Plaat V) is de reproductie van de eenigszins geschematiseerde afbeelding gegeven van de doorsnede van het bevroren cadaver van eene I-para, die, 7½ maand zwanger, in het begin van de baring overleed. Dadelijk na den dood werd het lijk in afkoelende mengsels tot bevriezing gebracht, 36 uren daarna werd het lichaam in de mediaanlijn in sagittale richting doorgezaagd. Onmiddellijk na het maken der doorsnede werden de praeparaten gephotographeerd en geteekend, ten einde de omtrekken en de kleurschakeeringen zuiver te verkrijgen.

Het bekken der vrouw was normaal, hetgeen blijkt uit de volgende maten:

Conjugata inclinata	12	cM.
„ vera	11.1	„
Rechte afmeting bekkenwijdte	12.3	„
„ „ van den uitgang . . .	10.9	„
Hoogte der symphysis	4.4	„

De bekkenhelling is normaal. Het promontorium staat 9.6 cM. boven het horizontale vlak, dat men door den bovenrand van de symphysis kan brengen.

In de afbeelding is duidelijk de mediaan doorgesneden wervelkolom zichtbaar. Het sacrum vertoont de normale kromming. De uterus ligt met het bovenste gedeelte tegen de voorvlakte van de wervelkolom aan, de fundus reikt tot boven de helft van den 3den lumbaalwervel, het onderste gedeelte van den uterus is aan de achterzijde het promontorium reeds gepasseerd. Aan de voorzijde van het bekken ligt de symphysis, tusschen de symphysis en het promontorium ligt het onderste gedeelte van den uterus, dat den schedel van het kind bevat. De beide ostia van de cervix, welke laatste niet in het vlak van de doorsnede ligt, waren gesloten. Achter de symphysis om loopt de vagina.

De schedel van het kind is getroffen loodrecht op den pijlnaad. De doorsneden der hemispheren van de groote hersenen zijn beide even groot, ten bewijze van de symmetrische ligging van het

hoofd. Pinard deelt mede, dat de schedel lag met de kleine fontanel naar links, terwijl de pijlnaad dwars liep.

Het valt op, dat de schedel van het kind bij deze vrouw, die slechts 7½ maand zwanger was, reeds zoo betrekkelijk diep in de holte staat, terwijl de baring eerst sedert zeer korten tijd begonnen was.

Om een oordeel te vellen over den stand van den schedel ten opzichte van het vlak van den bekkeningang, moet men in de afbeelding zich eene lijn getrokken denken tusschen het promontorium en het naastbijzijnde punt van de achtervlakte der symphysis. Die lijn stelt de snijdingslijn van het zaagvlak met het vlak van den bekkeningang voor en geeft den stand van het vlak van den ingang aan.

Een groot segment van den schedel staat in de afbeelding onder het vlak van den bekkeningang.

Bij de bespreking der andere cadaver-coupen zal blijken, dat de betrekkelijk diepe stand van den schedel wellicht aan veranderingen bij het praepareeren van het cadaver kan worden toegeschreven, maar dat de stand van de as van den schedel daarvan geen invloed heeft ondervonden.

Pinard beschrijft den stand van den schedel als volgt:

„La tête, fléchie au point que le menton est étroitement appliqué sur la région sternale, est *asynclitique* et *présente son pariétal postérieur*. L'oreille postérieure, dont le bord antérieur se trouve à 8 millimètres à gauche du plan médian, est déjà au-dessous du détroit supérieur, alors que l'oreille antérieure, qui se trouve également à 8 millimètres à gauche du plan médian, est à 3c,5 au dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. La suture sagittale est beaucoup plus rapprochée de la symphyse (3c,5) que de la face antérieure du sacrum (8c,8). La bosse pariétale antérieure n'est pas encore engagée que déjà la postérieure se trouve à 6 centimètres au-dessous du promontoire: face à la troisième sacrée. En définitive, la tête n'est pas dirigée, il s'en faut de beaucoup, suivant l'axe du détroit supérieur; elle est asynclitique par rapport à cet axe; c'est le pariétal postérieur qui s'engage le premier tandis que l'antérieur porte sur la symphyse."

Eene verklaring der afbeelding na Pinard's eigene woorden zou overbodig zijn. Hij wijst met nadruk op den diepen stand van het achterste wandbeen en de kruising van de schedelas en bekkeningangsas, als bewijs voor zijne theorie.

Een tweede bewijs voor zijne meening vond Pinard in de cadaver-coupe, die in figuur 2 (Plaat V) is afgebeeld. Het praeparaat stelt niet de geheele linkerhelft van het cadaver voor, maar eene dunne snede, afgenomen van het oppervlak van de linkerhelft.

Het cadaver was dat van eene secundigravida, die, 8 maanden zwanger zijnde, wegens vomitus gravidarum in de kliniek werd opgenomen en plotseling in convulsies overleed.

Het kind lag in schedelligging, met de kleine fontanel het diepst, naar links vóór. Het bekken was normaal. De maten worden als volgt opgegeven:

Conjugata vera	. . . .	12.7 cM.
Rechte afmeting v. d. bekkenwijdte	. .	13.7 „
„ „ v. d. bekkenuitgang	. .	11.5 „
Hoogte der symphysis	. . . .	3.3 „

De maten zijn alle iets te groot, daar de doorsnede niet nauwkeurig mediaan loopt, maar iets van links voor naar rechts achter. De fout is echter zeer gering.

De verhoudingen vallen in deze afbeelding niet zoo scherp in het oog als bij figuur 1. De oorzaak van dat verschil ligt daarin, dat de afbeelding van het praeparaat in figuur 2 naar eene photographie gemaakt is, terwijl figuur 1 eene reproductie voorstelt van eene chromolithographie.

In figuur 2 zijn de verhoudingen nauwkeuriger weergegeven dan in figuur 1 is geschied, maar de tegenstellingen zijn er minder scherp.

Er is duidelijk in figuur 2 te zien, dat de romp met den geheelen uterus is voorgesteld. De achterwand van den uterus ligt tegen de onderste lendenwervels aan en de uterus zelf helt achterover.

Het meest vooruitstekende gedeelte van de wervelkolom is het promontorium. Het sacrum vertoont normale concaviteit naar voren. In de sacraalholte is het dwars doorgesneden rectum te zien. De vaginaalwanden liggen tegen elkaar aan; de vagina is als eene onregelmatige lijn over hare geheele lengte te zien. De portio vaginalis en het cervicaalkanaal zijn niet zichtbaar, daar de snede een weinig afwijkt links van de mediaanlijn. In den tekst wordt vermeld, dat het cervicaalkanaal in zijn geheel aanwezig was en dat alleen het ostium externum iets verwijd was.

De symphysis is door haren eigenaardigen vorm vóór de vagina gemakkelijk te vinden.

De schedel van het kind ligt met zijn peripherie geheel aan tegen den binnenwand van het onderste gedeelte van den uterus. De hemispheren van de groote hersenen zijn duidelijk te herkennen. De schedel staat met het achterhoofd het diepst, de kleine fontanel is gericht naar links, iets naar voren. De doorsnede treft den schedel dichtbij de kleine fontanel, maar deze ligt in eene snede vóór de coupe, die hier is voorgesteld. De snede gaat door de voorzijde van de rechter onderkaakshelft, de rechter articulatie van den onderkaak, door het rechteroor en door den sagittaalnaad.

Aan de achterzijde van het bekken treft de snede het hoofd 2 cM. vóór het oor, tengevolge van de geringe rotatie van den pijlnaad.

Pinard maakt opmerkzaam op den stand van den schedel ten opzichte van den bekkeningang. Het voorste oor ligt 8 cM. boven den bovenrand van de symphysis, en het tuber pariotale van het voorste wandbeen staat nog boven de symphysis. Het achterste wandbeen is daarentegen geheel in de holte ingedaald, het achterste oor is het vlak van den ingang voorbij. De plaats, waar de snede den pijlnaad trof, ligt bij het periphere uiteinde van de gleuf tusschen de hemispheren. De schedelas valt samen met die gleuf; hare richting helt zeer sterk naar achteren ten opzichte van het vlak van den bekkeningang.

Door den stand in asynclitismus posterior loopt de pijlnaad zeer dicht bij de symphysis. In de staande houding, die de romp van de vrouw schijnt aan te nemen, doordat de figuur het praeparaat rechtop voorstelt, rust het hoofd op den achterkant der symphysis.

De romp van het kind is in asynclitismus posterior ten opzichte van de schedelas. De achterste wand van den uterus vertoont eene opvallende dikte. Daar ter plaatse is de placenta geadhaereerd.

Het derde praeparaat van Pinard en Varnier, in figuur 3 (Plaat VI) afgebeeld, (V. en P. fig. XLbis), is vervaardigd naar het lijk van eene I-para, die, 8 maanden zwanger, aan eclampsie overleed. Zij was in het begin der baring. De weeën waren regelmatig, vrij frequent. Het cervicaalkanaal was bijna geheel verstreken. (Zie V. en P. Fig. XLIV). Een groot segment van den schedel lag in de holte met het achterhoofd naar achter, iets naar rechts geroteerd. Er bestond eene vrij sterke deflexie, de groote fontanel was dieper ingedaald dan de kleine. Er bestond dus eene kruinligging, met den schedel voor een groot deel in de holte, de groote fontanel links vóór. Het mechanisme komt dus overeen met den stand van den schedel. De diepst staande fontanel (de groote) was naar voren gedraaid, daar de kleine fontanel hooger in de holte bleef staan dan de groote.

De vorm en de afmetingen van den schedel zijn verschillend van die bij een schedel, die in achterhoofdligging zich bevindt. De mento-suboccipitale afmeting is 13 cM. (normaal 13,5 Schroeder) de fronto-occipitale slechts 8,3 cM. (normaal $11^3/_4$ Schroeder); de distantia sub-occipito-bregmatica is 9,5 cM. (normaal id), de sub-occipito-frontale afmeting is 8,8 cM. (normaal 9,5 cM. volgens Schroeder).

Terwijl de vergelijking tusschen de cijfers van Pinard en Varnier en de maten, die Schroeder in zijn handboek opgeeft, tot resultaat oplevert, dat de maten van alle afmetingen van den schedel in de cadaver-coupe kleiner dan normaal zijn, noemen Pinard en

Varnier de mento-suboccipitale afmeting te groot en schrijven die abnormale grootte toe aan een haematoom, ter plaatse waar de schedel tegen het verstreken ostium internum achter de staande vliezen zich bevond.

Wat de normale maten van den schedel betreft, vinden wij bij R. Barnes in zijn „*Traité d'Obstétrique*":

1. Maximum (M. M.) (dist. mento-suboccipitalis) 13,335 cM.
2. D. Mento-occipitalis . . . . 12,76 „
3. D. fronto-occipitalis . . . . 11,684 „
4. D. suboccipito-bregmatica. . . . . 10,795 „

Barnes geeft de maten van een schedel op, die in achterhoofdsligging is geboren, als: distantia mento-occipitalis 17 cM., distantia fronto-occipitalis 12.7 cM.

Vergeleken bij deze cijfers zijn de voorachterwaartsche afmetingen van den schedel in de cadaver-coupe kleiner dan normaal, de mento-suboccipitale afmeting echter betrekkelijk te groot.

Winckel vermeldt in zijn leerboek de volgende maten als de normale:

1. Distantia fronto-occipitalis . . . . . 12 cM.
2. „ mento-occipitalis . . . . . 13.5 „
3. „ suboccipito-bregmatica . . . 9.5 „

Het is na vergelijking der cijfers duidelijk, dat alle maten van den schedel van de coupe veel kleiner zijn dan de normale van een voldragen kind. De fronto-occipitale afmeting is slechts 8,3 cM. en past juist in de conjugata vera, die aan het praeparaat 11,3 cM. gemeten is en door de weeke deelen (uterus en blaas) volgens de schrijvers 3 cM. verliest. Het nameten aan de reproductie is niet bewijzend, daar de conjugata vera op de afbeelding niet volgens de opgave 11,3 cM., maar slechts 10 cM. lang is. Op plaat XLII van den atlas van Pinard en Varnier is eene lithographische afbeelding op dezelfde grootte als het pas doorgezaagde praeparaat voorgesteld. Hier is de conjugata vera ± 11,3 cM. Daar de coupe echter naar den bekkenuitgang toe scheef gaat, is van de afmetingen van het kleine bekken alleen de rechte afmeting van de bekkenwijdte te meten. Zij bedraagt 12 cM. (normaal 12³/₄ cM.). De hoogte der symphysis is 5 cM.

Voor een kind, dat slechts 8 maanden in utero vertoefd heeft, is de grootte van het hoofd niet abnormaal klein te noemen. In vergelijking met de voor-achterwaartsche maten is de mento-suboccipitale afmeting voor dezen kleinen schedel te groot. Het bekken schijnt normaal, te oordeelen naar de conjugata vera en de rechte afmeting van de bekkenwijdte.

De schrijvers betitelen in hun werk den stand van den schedel

als asynclitismus posterior, daar zij de kin 8 cM. boven de symphysis en het achterhoofd geheel in de holte ingedaald vonden.

„La tête est en voie d'engagement; sa partie la plus déclive n'est pas dans le plan de l'orifice inférieur de l'excavation et elle ne subit pas encore la réaction périnéale. La nuque et la totalité de la face sont dans l'abdomen; le menton est à plus de 8 centimètres au-dessus du plan horizontal passant par le bord supérieur de la symphyse pubienne. L'engagement ne sera achevé que lorsque la saillie du front, encore sus-pubienne, sera descendue au-dessous de l'extrémité antérieure du diamètre promonto-pubien minimum, ce que ne peut se faire que par une augmentation de la déflexion, grâce à la quelle le versant postérieur de la tête ira occuper la concavité sacro-coccygienne en aplatissant et vidant le rectum.

Donc, ici encore, la tête est asynclitique et fortement inclinée sur son versant postérieur."

Daar de theorie van Pinard en Varnier omtrent het indalen van den schedel bij het normale bekken in asynclitismus posterior door velen du premier abord onwaarschijnlijk zal worden gevonden, acht ik de zienswijze der beide Fransche obstetrici hier nog niet genoeg verdedigd. De theorie zal dáárom niet gemakkelijk ingang vinden, omdat daarvoor een juist denkbeeld noodig is van den stand van het vlak van den bekkeningang. De stand van dat vlak is door onderzoek bij een levende vrouw zeer moeilijk te bepalen en in de voorstelling, die men zich maakt van de richting van het vlak van den ingang, sluipt dikwijls onwillekeurig de onjuiste meening in, dat het vlak van den ingang bij een staande vrouw een horizontaal vlak is, in plaats van een bijna vertikaal vlak.

Bij een bekken, dat zich bevindt in den stand als bij een staand individu, zijn de spinae anteriores superiores en de beide tubercula pubica in één verticaal vlak gelegen. De helling van het bekken bedraagt bij het gewone staan $54^1/_2{}^0$, kan echter veel grooter en veel kleiner worden. Het toestel ter demonstratie van den wederkeerigen invloed, dien wervelkolom en bekken op elkander hebben, dat professor Treub naar een model van Volckmann heeft laten vervaardigen [1]), is zeer geschikt, om eene juiste voorstelling van den waren stand van het vlak van den ingang te verkrijgen. Het is opmerkelijk, hoeveel hooger het promontorium ten opzichte van de symphysis staat dan men oppervlakkig zou denken. Houdt men nu boven den bekkeningang een schedel in achterhoofdsligging

---

[1]) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 5e Jaarg. bl. 57.

met den pijlnaad dwars, dan ziet men, dat, zelfs wanneer de schedel nog hoog boven den bekkeningang staat, het achterste wandbeen voor een groot deel reeds het promontorium is gepasseerd.

Het is niet te verwonderen, dat deze feiten den meesten onderzoekers bij het exploreeren in viva zijn ontgaan. Het is zeer bezwaarlijk, zich bij de te onderzoeken vrouw eene goede voorstelling te maken van den stand van het vlak van den bekkeningang. In den regel denkt zich de onderzoeker dien stand geheel onjuist, daar hij in de meening verkeert, dat de exploreerende vinger loodrecht gericht is op het vlak van den bekkeningang. Wij weten nu echter, dat de exploreerende vinger gericht is eerder evenwijdig aan het vlak van den bekkeningang dan loodrecht daarop en dat wij dus bij de beoordeeling van den stand van het vlak van den bekkeningang daarmede rekening moeten houden.

Als men per vaginam exploreert, heeft men allicht de neiging, het kindsdeel, dat men met den exploreerenden vinger het eerst ontmoet, het diepst ingedaalde deel te noemen, zonder te bedenken, dat de bekkenholte zich verder naar achteren uitstrekt dan men op dat oogenblik waarneemt, en dat men het gedeelte, gelegen in de onmiddellijke nabijheid van het promotorium, niet gemakkelijk met.den vinger kan bereiken.

Het meest juiste denkbeeld van den stand van den schedel krijgt men, wanneer men de vrouw bij het onderzoek in staande houding brengt. Het onderzoek in rugligging is, na het onderzoek in staande houding, de nauwkeurigste methode.

Ten einde zelf een oordeel over de beschouwingen van Pinard en Varnier te verkrijgen, onderzocht ik in de Verloskundige kliniek op één middag zeven gravidae in rugligging met opgetrokken knieën. De vrouwen waren alle in de laatste maand der zwangerschap. Vijf harer waren voor de eerste maal zwanger, de twee anderen waren secundi-gravidae. Geen harer had afwijkingen in het bekken.

Bij allen heb ik door bimanueele palpatie zeer gemakkelijk den juisten stand van den schedel kunnen bepalen. Bij sommigen was het ostium internum voor den vingertop gemakkelijk toegankelijk, zoodat in den uterus de loop van den pijlnaad en meestal de stand van de kleine fontanel waren te controleeren. Eene kleine beweging met de uitwendige hand kon den schedel meestal genoegzaam doen roteeren, om den pijlnaad voor den vinger bereikbaar te maken. De exploratie van den schedel had bij de primiparae, bij wie het ostium internum nog gesloten was, plaats door den vaginaalwand in het laquear anterius, wat bij deze ligging en bij de bimanueele palpatie zeer nauwkeurig kon geschieden.

Van de vijf primiparae was er eene, bij wie de schedel nog hoog boven den ingang stond. De pijlnaad liep dwars, de kleine fontanel stond iets lager dan de groote. Men kon echter duidelijk bij bimanueel onderzoek constateeren, dat het hoofd zoodanig lag, dat het achterste wandbeen het diepst stond. Toen door druk op den fundus uteri de schedel op den ingang werd gebracht, was die stand van het hoofd nog duidelijker te voelen.

Bij drie andere primigravidae was de schedel met een zeer klein segment in de holte, bewegelijk en uiterst gemakkelijk op te duwen. De schedel stond bij allen in achterhoofdsligging, bij twee was het achterhoofd naar rechts, bij de derde naar links gekeerd.

Deze drie gevallen bewezen uitermate duidelijk den dieperen stand van het achterste wandbeen. Bij een harer kon ik door het ostium externum in het cervicaalkanaal komen en door den dunnen wand van de cervix den schedel zonder moeite betasten. Een zachte druk op den fundus deed den schedel iets dieper komen. Ik bemerkte eene rotatie van den schedel, waardoor het achterste wandbeen dieper indaalde. Bij het voortduren van den druk kon de achterliggende zijdelingsche fontanel bereikt worden. Toen de druk op den fundus langzamerhand werd opgeheven, roteerde de schedel weder terug en verdween de zijfontanel in de richting van het promontorium. Door druk boven de symphysis kon ik den schedel in de tegenovergestelde richting, als even te voren geschied was, doen bewegen. Het achterste wandbeen verdween onder mijn vinger naar achteren, zoodat ik den pijlnaad kon voelen. Een fontanel was aan den pijlnaad niet te voelen. Toen ik den schedel met de uitwendige hand losliet, kwam het achterste wandbeen weder dieper te staan. Ik kon toen constateeren, welken afstand de pijlnaad moest afleggen, om op die wijze in de nabijheid van den onderzoekenden vingertop te komen. Daaruit kon ik besluiten, dat de pijlnaad oorspronkelijk dicht bij de symphysis had gelegen en dat het voorste wandbeen voor een groot deel nog boven de symphysis lag. Dat laatste feit was met de uitwendige hand ook zeer duidelijk te voelen.

De twee andere primigravidae, bij wie het hoofd met een klein segment in de holte stond, waren gemakkelijk bimanueel te onderzoeken. Bij een harer was het ostium internum voor den vinger toegankelijk, zoodat ik den pijlnaad kon herkennen. Deze lag in dit geval vlak bij het ostium internum en liep in de dwars loopende afmeting van den ingang. De afstand van den pijlnaad tot de symphysis was aanmerkelijk kleiner dan die tot het promontorium.

Bij de vijfde primipara, die ik onderzocht, was de schedel reeds diep in de holte ingedaald. Den stand van de fontanellen kon ik niet bepalen. De cervix was verstreken, maar het ostium stond

zeer hoog achter in de vagina en was niet toegankelijk voor den vingertop.

Het onderzoek der twee secundiparae was zeer bewijzend. Bij een harer was de schedel nog bewegelijk boven den ingang. Druk op den fundus deed het achterste wandbeen dieper komen, wat door het ostium internum, dat voor een vingertop toegankelijk was, te voelen was. Zelfs kon ik hier weder de zijfontanel bereiken. De schedel veerde na ophouden van den druk terug. Het achterliggende wandbeen lag het diepst.

De tweede secundipara was blijkbaar in het begin van de ontsluitingsperiode. Het ostium was zoover ontsloten, dat het 2 vingers toeliet. Daar de vrouw echter ontkende weeën gehad te hebben, [wat dikwijls in de kliniek gebeurt uit angst voor de verloskamer], exploreerde ik voorzichtig met één vinger door het ostium, en kon nu duidelijk den pijlnaad vlak bij de symphysis voelen verloopen, de kleine fontanel rechts vóór. Het hoofd was met een klein segment ingedaald. Door druk op den fundus daalde het achterste wandbeen dieper in, zoodat ik zelfs het achterliggende oortje kon bereiken.

Dienzelfden avond is de vrouw in korten tijd spontaan bevallen.

Men kan de wijze van indalen van den schedel aldus onder woorden brengen:

De vertikale as van den normalen schedel, die aan het einde der zwangerschap of in het begin der baring in normalen stand boven den normalen bekkeningang staat, bevindt zich met betrekking tot de as van den bekkeningang in *asynclitismus posterior*, d. w. z. in een stand, waarbij het achterliggende segment van den schedel door het vlak van den bekkeningang verder is heengegaan dan het voorste segment.

Bij het indalen van den schedel roteert het voorste segment langs de achtervlakte van de symphysis, terwijl het segment van den schedel, dat tegen het promotorium aan staat, niet van plaats verandert.

Die rotatie duurt, totdat de as van den schedel samenvalt met de as van den bekkeningang. Er is dan synclitismus. De schedel staat dan met een groot segment in de holte.

Bij het dieper indalen van den schedel door de uterus-contracties en de buikpers, daalt het voorste wandbeen nog dieper in en komt de pijlnaad dichter bij het promontorium dan bij de symphysis te staan. In dien stand daalt de schedel verder geheel in de holte, terwijl tegelijkertijd de schedel eene rotatie verricht, die men *spildraai* noemt, en die zooals bekend is, bestaat in eene draaiing om eene longitudinale as, waardoor het diepst ingedaalde deel [de

kleine fontanel] naar voren onder de symphysis komt te staan. De oorzaken voor die draaiing zijn drieërlei.

De eerste oorzaak is deze, dat met het oog op de afmetingen van den schedel in verband met die van den bekkenuitgang, de voor-achterwaartsche afmeting van den schedel het beste zal passen in de rechte afmeting van den bekkenuitgang.

De tweede oorzaak is, dat een vlak transversaal door de vertikale as van den schedel, die in achterhoofdsligging zich bevindt, gebracht, het hoofd in een voorste en een achterste segment verdeelt. Het voorste segment bevat het geheele aangezicht en is grooter dan het achterliggende, dat het occiput bevat. Het ligt voor de hand om aan te nemen, dat het grootste segment gemakkelijker zich begeeft in dat gedeelte van de bekkenholte, waar de meeste ruimte aanwezig is, dat dus het aangezicht roteert naar achteren, waar de sacraalholte zich bevindt, terwijl het achterhoofd naar voren draait.

De derde oorzaak is, dat de kleine fontanel het diepst staat en de kruin van den schedel in dien stand zich het gemakkelijkst voegt tegen de weeke deelen van den bekkenbodem, die bij eene op den rug liggende vrouw een vlak vormt, dat van boven vóór naar beneden achter langzaam helt.

Door de laatste weeën en door de buikpers schuift de schedel in dien stand over den bekkenbodem, met het achterhoofd onder de symphysis, terwijl het staartbeen naar achter uitwijkt en het perineum gerekt wordt.

Is de schedel zoover voortgeschoven, dat de overgang van nek en achterhoofd tegen den onderrand van het ligamentum arcuatum der symphysis staat, dan roteert de schedel om de symphysis, terwijl het perineum zich over het hoofd terugtrekt.

Het lijdt dus geen twijfel, dat de schedel niet d'aplomb indaalt, maar door wrikken en roteeren zich door de bekkenholte heen beweegt.

Het blijkt ook uit hetgeen hier besproken is, dat bij de oplossing van de vraag naar de oorzaken van het mechanisme van de uitdrijving van den schedel, er geen sprake kan zijn van het vaststellen van wetten door mathematische beschouwingen over de richting der krachten, die van uterus en buikspieren op het kind werken. Die kracht werkt op alle punten van het oppervlak van het kind terzelfder tijd en niet alleen op het deel, dat in den fundus uteri ligt. De mechanische kracht van den uterus werkt niet alleen vanuit den fundus langs de rompas van het kind, maar perst van alle kanten tegelijk op het kind, om het door den openstaanden bekkenring heen te drukken.

Het voorliggende deel zal het eerst door den ingang gaan en zoolang blijven staan in den stand, dien het boven den ingang

aannam, totdat de weerstand van den bekkenring den stand van den schedel wijzigt. Dat zal gebeuren bij het normale bekken, wanneer de schedel vaststaat op den ingang. Zoolang blijft dus het achterste wandbeen het diepst.

De beschouwingen van Schatz[1]) [een heftig voorstander van de Naegele'sche theorie], hoe vernuftig zij ook zijn bedacht, zijn voor een groot deel gegrond op bespiegelingen van mechanischen aard over de richting van de uterus-kracht en de kracht van de buikpers. Hij tracht met mathematische figuren de wetten van het mechanisme van de schedelgeboorte te bewijzen. Mijns inziens zou die wiskundige redeneering opgaan, als men bij de baring van eene vrouw te doen had met regelmatige wiskundige lichamen. Maar het hoofd is geen wiskundige ellipsoïde, evenmin is de bekkenring eene zuivere ellips. De uterus-as is geen rechte lijn en vormt met het vlak van den bekkeningang geen constanten hoek. De bekkenholte is geen rechthoekige cylinder. Men heeft bij de baring te doen met een mechanisme, dat afhangt van de wijze, waarop de schedel het gemakkelijkst door het bekkenkanaal gaat.

Het mechanisme bij de billigging verschilt niet van dat bij de schedelligging ceteris paribus.

Nu ik over de begrippen: „synclitismus" en „asynclitismus" in het algemeen gesproken heb, zal ik de meening over het indalen van den schedel van eenige autoriteiten op obstetrisch gebied vermelden. Het zal blijken, dat de strijd tot voor korten tijd gevoerd werd tusschen de voorstanders van het synclitisme en die van het asynclitismus anterior. Het asynclitismus posterior werd als eene per se pathologische ligging beschouwd.

Er hebben over de wijze van indalen van den schedel in het kleine bekken de meest uiteenloopende meeningen geheerscht. Eene duidelijke voorstelling van de wijze van indalen vindt men eerst bij de schrijvers der 18de eeuw. De meening, als zou het kind met het aangezicht naar het sacrum gekeerd door de bekkenholte gedreven worden, is toen voor goed verlaten.

Smellie zegt in zijn handboek[2]), dat hij in 1751 uitgaf, dat de schedel met den pijlnaad dwars door den ingang gaat; en wanneer wij zijn eigen woorden lezen, blijkt het, dat hij dàt mechanisme als normaal beschouwt, waarbij het voorste wandbeen het eerst indaalt; ofschoon de afbeeldingen, die schr. in zijn atlas toont, eerder bewijzen leveren voor het indalen met het achterste wandbeen vooruit. Hij zegt in de uitgave van 1762:

---

[1]) Der Geburtsmechanismus der Kopfendlagen von Dr. Fr. Schatz. Leipzig 1868.
[2]) A treatrise on the Theory and Practice of midwifery. — 4th ed. London 1762

„Now supposing the vertex is that part of the head which presents itself to the touch, in the progress of its descent, the Fontanelle" (Smellie bedoelt de *groote*) „is commonly upwards, at one side of the Pelvis; and is distinguished by the Fontanelle where the coronal suture crosses the sagittal, the frontal bones at that part having more acute angles than the parietal; and when the hindhead comes down to the os ischium of the contrary side, one may feel the Lambdoidal sature where it crosses the end of the sagittal, and, unless the scalp is very much swelled, distinguish the occiput at its junction with the parietal bones, by the angle, which is more obtuse than those are formed at that part of the skull. Besides, in this position, the ear of the child may be easily perceived at the os pubis."

Pinard en Varnier wijzen er terecht op, dat de afbeelding, die Smellie bij zijn werk voegt, ten duidelijkste den schedel in asynclitismus posterior boven den bekkeningang voorstelt. Het geldt de doorsnede van eene hoogzwangere vrouw, bij wie de weeën korten tijd vóór den dood begonnen waren.

Nadat Saxtorph in 1766 verkondigd had, dat de schedel met den pijlnaad in de dwarsloopende afmeting door den ingang gaat en Solayrès de Renhac in 1771 die theorie in zijne dissertatie had verdedigd, deed het verschijnen van Baudelocque's standaardwerk [1]) in 1781 die meening algemeen ingang vinden. „La tête, dans cet état de flexion, continue de s'engager et de descendre en suivant l'axe du détroit supérieur."

Ook Madame Lachapelle [2]) houdt het indalen in synclitismus voor het normale mechanisme.

Vele andere, o. a. Velpeau [3]), bleven trouw aan het mediaan indalen, ook nadat F. C. Naegele [4]) als resultaat zijner 20jarige obstetrische praktijk in 1819 eene publicatie uitgaf, getiteld: „Ueber den Mechanismus der Geburt." Dit opstel was voorbeschikt een grooten rol in den strijd over de wijze van indalen van den schedel te spelen.

Naegele treedt in het strijdperk voor een mechanisme bij het indalen van den schedel, waarbij het voorste wandbeen dieper staat dan het andere. De pijlnaad loopt in het begin der baring volgens hem dwars; de naad deelt de opening van het ostium in twee gelijke deelen en loopt veel dichter bij het promontorium dan bij de symphysis, zóó zelfs, dat het voorste oor meestal gemakkelijk achter

---

[1]) L'art des accouchemens. 7me ed. 1833.
[2]) Pratique des accouchemens ou mémoires et observations choisies. Paris 1852
[3]) Traité des accouchemens ou Tocologie théorique. Brux. 1835.
[4]) Meckel's Archiv für Physiologie. V Bd. 4 Hft. p. 483.

de symphysis te voelen is. Hoe hooger de schedel staat, des te scheever is zijn stand.

Bij het dieper indalen van den schedel komt de kleine fontanel meestal dieper, echter niet altijd. Als het hoofd met zijn grootste segment in de holte is ingedaald, worden beide fontanellen weder op gelijke hoogte voelbaar. De kleine fontanel draait dan iets naar voren, zoodat de pijlnaad in eene schuine richting komt te staan, terwijl de kleine fontanel zich links of rechts vóór bevindt. Dien stand behoudt de pijlnaad, wanneer de schedel gaat insnijden en bij het doorsnijden staat het achterhoofd nooit geheel naar voren.

Dit is in het kort de inhoud van het artikel.

Naegele's meening heeft vele aanhangers gevonden, maar ook veel bestrijders gehad.

Men zal moeten toegeven, dat reeds Smellie de voorste-wandbeensligging als de normale aangaf, maar in zooverre met Naegele van opinie verschilde, dat hij de kleine fontanel steeds het diepst veronderstelde en niet een tijdelijken gelijk-hoogen stand der fontanellen in het bekken had geobserveerd.

H. F. Naegele, die in 1838 de verdediging van de meening van zijn oom op zich neemt [1]), trekt op een al te enthousiaste wijze te velde tegen de tegenstanders der theorie. Wanneer hij echter van Velpeau [2]), die vóór het synclitismus is, zegt, dat hij „jene Einwürfe ohne hinreichende Erfahrung in diesen Dingen hingeworfen [habe]", dan kan zijne geestdrift ons niet overtuigen en vooral niet als hij er bijvoegt: „Solche dictatorischen Aussprüche, wie sie a. a. O. zu finden sind, nehmen sich in der Muttersprache des Verfassers oft recht artig aus, verfehlen aber auf uns Deutsche den gewünschten Eindruck ganz."

Paul Dubois [3]) kiest den middenweg. Hij neemt de obliquiteit van Naegele aan, echter met dien verstande, dat de pijlnaad slechts „un peu plus en arrière" van de as van den ingang loopt.

F. J. Moreau [4]) beschouwt iedere afwijking van het synclitismus als eene pathologische ligging.

Zonderling genoeg kan men in den atlas, die bij den tekst is gevoegd, eene afbeelding vinden van de dwarscoupe van eene zwangere, die het einde der zwangerschap heeft bereikt. Zelden zal men schooner voorbeeld van asynclitismus posterior vinden. De pijlnaad, die iets in een schuinsche afmeting van den ingang staat,

---

[1]) Die Lehre vom Mechanismus der Geburt nebst Beiträgen zur Geschichte derselben. Mainz 1838.

[2]) Traité complet de l'art des accouchements. III ed. Bruxelles 1835.

[3]) Dictionnaire de médicine, II éd. 1 I Paris 1832 (art. accouchement).

[4]) Traité pratique des accouchemens. Paris 1838.

loopt vlak bij de symphysis. Het voorste wandbeen bevindt zich boven de symphysis, terwijl het achterliggende reeds bijna geheel het promontorium is gepasseerd. Bij de juistheid der plaat is het te verwonderen, dat Moreau, evenals Smellie dat deed, zoo'n tekst levert bij die teekening!

Het klassieke werk van Michaelis, dat door Litzmann na den dood van den schrijver is uitgegeven [1]) bevat enkele gevallen van achterste-wandbeensligging. Zijne observaties hebben alleen betrekking op de zgn. pathologische achterste-wandbeensligging.

Litzmann zelf [2]) houdt later den diepen stand van het achterste wandbeen voor niet zóó zeldzaam, als Michaelis dat deed. Hij zegt in zijn geciteerd opstel: „Aber diese Kopfstellung ist weder eine so seltene, wofern man nicht blos den höchsten Grad der Abweichung in Rechnung bringen will, noch ist ihr Vorkommen lediglich auf enge Becken beschränkt." Hij vermeldt eene serie van 1860 historiae partus bij normale bekkens, waaronder hij 28 gevallen van achterste-wandbeensligging vond, terwijl hij er zelf bijvoegt: „doch wird sie" (de ligging) „hier — bei frühzeitiger spontaner Rectification — unzweifelhaft öfter übersehen worden sein."

Wat de verklaring van het feit is, erkent Litzmann niet te weten. Hij vermoedt, dat het een gevolg is van eene veranderde helling van de uterus-as, en dus ook van de as van het kind, ten opzichte van de as van het vlak van den bekkeningang. Hij erkent echter, daarop nooit gelet te hebben. Hij deelt een geval mee van eene secundipara, bij wie het ledigen van eene zeer volle blaas den overgang bewerkt van eene achterste-oorligging in eene normale ligging.

A. F. Hohl te Halle [3]), die kort na Michaelis een leerboek uitgaf, is een voorstander van de Naegele'sche obliquiteit en zegt bij de beschrijving van het mechanisme van de schedelgeboorte bij de eerste schedelligging: „Das nach vorn liegende, also rechte Scheitelbein, liegt am tiefsten."

De meening van het bestaan van eene synclitisch indalen vinden wij met ijver verdedigd tegen de theorieën van Naegele en Dubois in het werk van Cazeaux [4]): „Suivant eux, la tête ne s'offre pas dans une direction perpendiculaire au plan du détroit supérieur, mais au contraire, dans une direction oblique: de sorte que

---

[1]) Das enge Becken nach eigenen Beobachtungen und Untersuchungen. Leipzig 1851.

[2]) Ueber die hintere Scheitelbeinstellung, eine nicht seltene Art von fehlerhafter Einstellung des Kopfes unter der Geburt. Archiv f. Gynäkologie Bd. 2 1871 p. 433.

[3]) Lehrbuch der Geburtshülfe mit Einschluss der geburtshülflichen Operationen und der gerichtlichen Geburtshülfe. Leipzig 1885.

[4]) Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris 1867 p. 301 sq.

le pariétal droit, qui est antérieur, serait, relativement au plan, plus bas que le pariétal gauche; que la suture bipariétale, au lieu de se trouver dans la direction de l'axe du détroit, serait un peu plus en arrière que cet axe, suivant M. Dubois, et regarderait même la seconde pièce du sacrum, suivant M. Naegele. Malgré ces imposantes autorités, nous pensons que, dans la majorité des cas, la circonférence occipitofrontale est, à très peu de chose près, parallèle au détroit supérieur. Il est vrai cependant que la bosse pariétale est un des points les plus déclives de la tête, et que c'est sur elle que tombe d'abord le doigt, lorsqu'on pratique le toucher. Mais ces faits, sur lesquels s'appuie M. Naegele, prouvent précisément contre son opinion: car le plan du détroit supérieur étant dirigé très obliquement en avant et en bas, la partie de la tête qui sera en rapport avec l'arc antérieur du bassin, devra être le point le plus déclive de la tête: si, de plus, le doigt rencontre d'abord la bosse pariétale antérieure, c'est que le doigt introduit sous la symphyse du pubis, c'est-à-dire par un plan presque perpendiculaire au détroit supérieur, ne peut arriver que très-obliquement sur la portion antérieure de la tête, dont la grande circonférence est paralelle au plan du détroit supérieur."

Ik heb deze aanhaling hier geplaatst, omdat het eene zeer ernstige tegenwerping is tegen de theorie van Naegele.

Minder positief, maar toch duidelijk een aanhanger van het synclitisch indalen, spreekt F. v. Scanzoni zijne meening uit [1]). Hij beschrijft het normale mechanisme als een indalen met den pijlnaad dwars of in een der schuine afmetingen. Van den afstand van den pijlnaad tot de pubis of tot het promontorium spreekt hij niet. Daar hij echter later in zijn boek de voorste- en de achterste-wandbeensligging afzonderlijk bespreekt, is het duidelijk, dat het synclitisme door hem als normale wijze van indalen wordt beschouwd.

In de bespreking van het mechanisme bij het platte bekken is Fuhrmann [2]) van meening, dat bij platte bekkens de voorste-wandbeensligging regel is en dat de stand van den pijlnaad midden tusschen promontorium en symphysis pubis uitzondering is. Bij het indalen van den schedel roteert het achterliggende wandbeen over het promontorium, zoodat de pijlnaad zich meer en meer naar de symphysis toe beweegt, terwijl de groote fontanel dieper treedt.

De achterste-wandbeensligging beschouwt hij als eene pathologische, die zeer zelden voorkomt.

---

[1]) Lehrbuch der Geburtshülfe (4e Aufl.) Wien 1867.

[2]) Aus der gynaekologischen Klinik zu Breslau. Zur Lehre von der Wendung auf die Füsse bei engem Becken. Berl. Klin. Woch. 1868 p. 107 s.qq.

Matthias Duncan (1870) [1]) is een aanhanger van de leer van het indalen d'aplomb, en houdt de voorste-wandbeensligging, die Naegele als de normale wijze van indalen beschouwt, voor een later stadium van het mechanisme.

Leishman publiceerde in 1864 een „Essay historical and critical on parturition" [2]), waarin hij het synclitismus als de normale wijze van indalen verdedigt. Hij trachtte de juistheid van zijne opinie langs experimenteelen weg te bewijzen. De korte branche van een rechthoekig gebogen sonde werd in de as van den bekkeningang geplaatst. Het uiteïnde der branche bleek dan uit te komen juist tegen of vlak bij den pijlnaad. Het behoeft geen betoog, dat het experiment niet aan zijn doel kan beantwoorden, daar het vaststellen van de richting van de bekkeningangs-as op groote bezwaren stuit, wanneer dit op goed geluk moet worden gedaan in het met weeke deelen bekleede kleine bekken.

Küneke [3]) is eveneens een voorstander van het synclitische indalen van den schedel.

Hij zegt p. 23:

„Im Vereine mit Duncan und Leishman glaube ich [an einem anderen Orte] ausführlich dargethan zu haben, dasz die Behauptung Naegele's, das nach vorn liegende Scheitelbein stehe tiefer im Beckeneingange als das hintere, falsch ist; dagegen bewiesen zu haben, dasz der Schädel mit seiner Scheitelfläche parallel zur Eigangsebene in das Becken eintritt."

Küneke meent echter, dat het synclitisme gedurende den geheelen duur van het indalen tot aan den uitgang van het bekken blijft bestaan.

Schatz [4]) is een groot voorstander van het voorste asynclitisme. Langs mechanisch-mathematischen weg beschrijft hij het indalen van den schedel als eene schroefbeweging, waarbij in het begin van het indalen de schedel zich in voorste-wandbeensligging bevindt.

Ook Robert Barnes [5]) verdedigt de theorie van Naegele. De Fransche vertaling van 1816 bevat deze zinsnede: „L'obliquité de Naegelé est un phénomène réel, probablement constant, du travail."

Hij strijdt met vuur tegen de theorie van het synclitisme, die in den laatsten tijd meer ingang heeft gevonden, vooral door den

[1]) Edinburgh medical Journal 1870 p. 1061.
[2]) Deze beschouwing over Leishman is aan Pinard en Varnier ontleend.
[3]) Die vier Factoren der Geburt. Berlin 1869.
[4]) Der Geburtsmechanismus der Kopfendlagen von dr. Fried. Schatz. Leipzig 1868.
[5]) Traité d'Obstétrique (Traduction de Cordes) Paris 1886.

steun, dien zij ondervond van Schroeder[1]), die met zijne leerlingen de leer van het d'aplomb indalen was toegedaan.

In Frankrijk zijn Varnier on Chantreuil[2]) in dien zelfden tijd voorstanders van het synclitismus.

Na dien tijd is de theorie van Naegele, die eenmaal als een axioma gold, meer en meer verlaten. De nieuwere schrijvers blijven, voorzoover zij niet de theorie van Pinard en Varnier hebben aanvaard, bij het synclitische indalen volharden. Lusk[3]), Winckel[4]) en anderen houden zich aan het indalen d'aplomb.

VERKLARING DER PLATEN.

Na eene theoretische beschouwing over het mechanisme van het indalen van den schedel in het kleine bekken gegeven te hebben, blijft mij over, de meening van Pinard en Varnier te toetsen aan de cadaver-coupen, die in den loop van de laatste 13 jaren zijn verschenen. Behalve de 3 gevallen van Pinard, zijn er nog 15 cadaver-coupen gepubliceerd. De meeste zijn uit Duitschland tot ons gekomen — Braune en later Zweifel publiceerden ieder 2 gevallen, Waldeyer, Braune und Zweifel, Schroeder en Saexinger ieder 1 geval, terwijl Winter 2 gevallen beschreef, waarvan één in een plaatwerk werd uitgegeven. Ook de Italiaansche obstetrici leverden bijdragen: Chiari publiceerde coupen van twee bevroren lijken, Pestalozza en Soffiantini gaven ieder de resultaten van hunne onderzoekingen in atlassen uit. De Engelsche verloskundige Barbour vervaardigde een atlas, waarin behalve een cadaver-coupe door hemzelven gemaakt, de verkleinde reproducties der andere cadaver-coupen, die tot 1889 waren verschenen, zich bevonden. Van de Fransche obstetrici hadden, behalve Pinard en Varnier, Testut et Blanc het voorrecht, de platen naar de doorsnede van het bevroren lijk van eene zwangere te kunnen uitgeven.

Dat Schroeder de verschijning van iedere nieuwe doorsnede met vreugde begroette, blijkt uit zijne woorden: „Jeder der weiss, welchen Vortheil die Veröffentlichung des Braune'schen Schnittes

---

[1]) Lehrbuch der Geburtshülfe. Bonn 1886.
[2]) Traité de l'art des accouchements Paris 1882.
[3]) The sciême and Art. of Midwifery. II Ed. New-York 1892.
[4]) Lehrbuch der Geburtshülfe Leipzig 1889.

der theoretischen wie der praktischen Geburtshülfe gebracht hat, wird die Publication eines neuen Schnittes nicht blos für gerechtfertigt, sondern geradezu für geboten halten."

Het is echter eene moeilijke zaak, geschikte voorwerpen voor het maken van doorsneden te vinden. Het gebeurt zelden in onze klinieken, dat men naar willekeur over een cadaver kan beschikken. Daarenboven is het niet een alledaagsch geval, dat eene zwangere of barende vrouw onverlost sterft, nadat het kind gestorven is.

De methode tot het verkrijgen van de cadaver-coupen schijnt in de beschrijving zeer eenvoudig, maar is technisch uiterst moeilijk.

Het lijk wordt in zijn geheel, of naar omstandigheden ontdaan van de onderste extremiteiten, in rugligging in eene kuip gelegd, aan alle zijden omgeven door een koudmakend mengsel van ijs en zout. Schroeder liet het lijk 48 uren in het mengsel liggen; anderen, o.a. Soffiantini, een week.

De mediane doorsnede wordt bij bijna allen gemaakt met de bladzaag. Dadelijk na afloop van die bewerking worden de zaagsneden door afwrijven glad gemaakt. De kleurschakeeringen der weefsels zijn dezelfde gebleven als bij het leven.

Op de doorsneden worden dan glasplaten gelegd, waarop nauwkeurig de omtrekken der coupe en de kleuren der weefsels worden aangegeven. Deze kleuren zijn drie uren later in het lijk geheel veranderd, zoodat sommige onderzoekers de kleuren dadelijk op de coupe zelve fixeeren.

Het meerendeel der onderzoekers gaven hunne afbeeldingen uit als platen in een atlas, waarbij een verklarende tekst werd gevoegd.

De platen zijn bijna alle in kleurendruk, zoodat de verhouding tusschen de verschillende organen duidelijk is te zien.

Zij zijn op de natuurlijke grootte geteekend.

In de meeste atlassen bevinden zich daarenboven afbeeldingen van het doorgesneden lijk, nadat het kind uit den uterus is genomen.

De reproducties dier cadaver-coupen, die in de platen achter dit opstel zijn gevoegd, zijn alle op dezelfde schaal verkleind, voor een deel photographisch naar de platen uit de atlassen; voor een deel zijn de reproducties, die Barbour in zijn atlas in 1889 publiceerde, op dezelfde grootte gephotographeerd, daar zij bij de bewerking veel handelbaarder waren dan de groote, uitslaande platen der atlassen.

De photographische arbeid is met de meest mogelijke nauwkeurigheid verricht door den Heer A. W. Cramer, Arts, nu Officier van gezondheid bij het N. I. leger. Ik breng hem hier mijnen welgemeenden dank voor de welwillendheid, waarmede hij mij ter zijde heeft gestaan.

De vervaardigde photographische beelden zijn door autotypie op de bijgevoegde platen gereproduceerd.

De resultaten, die Pinard en Varnier verkregen bij het beoordeelen van hunne cadaver-coupen, waarop zij de theorie van het asynclitismus posterior bij het begin van het indalen van den schedel steunden, moeten getoetst worden aan de verhoudingen, die bij de cadaver-doorsneden van andere onderzoekers worden waargenomen.

Niet alle doorsneden, die op de platen worden afgebeeld, zijn geschikt om opheldering te geven in de zaak van de askruising bij het indalen van den schedel.

Om daarvoor te kunnen dienen, moet de doorsnede gemaakt zijn van het lijk van eene vrouw, bij wie het hoofd nog staat in de positie, zooals men die vóór het indalen in de holte aantreft. Wanneer de schedel den ingang voorbij is, is het proces van indalen afgeloopen en begint een ander mechanisme in de holte.

De doorsneden, die in de platen zijn voorgesteld, zijn te verdeelen in drie groepen:

I. Doorsneden van lijken van gravidae, gestorven vóór het begin der baring (Plaat VI fig. 4; plaat VII fig. 5, 6 en 7; plaat VIII fig. 8).

II. Doorsneden van lijken van parturientes, gestorven in het ontsluitingstijdperk (Plaat VIII, figuur 9; plaat IX fig. 10 en 11; plaat X fig. 12 en 13).

III. Doorsneden van lijken van parturientes, gestorven in het uitdrijvingstijdperk (Plaat XI, fig. 14; plaat XII fig. 15, 16 en 17; plaat XIII fig. 18 en 19).

De figuren 1, 2 en 3, voorstellende de cadaver-coupen van Pinard en Varnier, zijn reeds door mij beschreven.

Ie GROEP.

Doorsneden van lijken van zwangeren, vóór het begin der baring gestorven.

A. Figuur 4 (Plaat VI).

Die Lage des Uterus und Foetus am Ende der Schwangerschaft nach Durchschnitten an gefrornen Cadavern, illustrirt von dr. med. Wilh. Braune, Prof. a. d. Un. Leipzig, nach der Natur gezeichnet und lithographirt van v. Schmiedel. Colorirt von F. A. Hauptvogel. Leipzig, Veit und Co. 1872.

Het geval, door Braune gepubliceerd, doet ons de verhoudingen zien van uterus en kind in het einde der zwangerschap.

De teekening is genomen naar het bevroren en sagittaal doorge-

zaagde cadaver van eene 25-jarige vrouw, die zelfmoord pleegde in de laatste maand der zwangerschap. (Plaat VI figuur 4). Het kind lag in achterhoofdsligging, de kleine fontanel stond rechts vóór. De lengte van het kind was $50^1/_2$ cM., het gewicht 3195 G. Het bekken was zwak scoliotisch met eene scoliotische wervelkolom.

De maten van het bekken waren als volgt:

Conjugata vera	9.5 cM.
Dist. sacro-cotyloid. dextra	6.5 „
„ „ „ sinistra	8 „
„ transversa (van den ingang)	14.5 „
„ obliqua sin.	12.7 „
„ „ dextr.	14. „

Men ziet uit deze maten, dat het bekken in den ingang plat vernauwd en asymmetrisch was.

De ligging van den schedel van het kind ten opzichte van den bekkeningang is als bewijs voor de theorie van Pinard en Varnier van het hoogste gewicht.

De schedel ligt boven den bekkeningang. De portio vaginalis staat diep, het ostium externum staat open. Het ostium internum is gesloten. Die feiten ontleen ik aan de beschrijving van Braune, daar in de teekening het cervicaalkanaal niet te zien is. De coupe is gevallen iets ter zijde van het cervicaalkanaal.

Het kind is in de teekening geheel afgebeeld. Door den teekenaar is de voorste helft van het kind, die tegelijk met de voorste helft van het cadaver was verwijderd, ook op de teekening gebracht.

Rechts achter den schedel is de rechterhand van het kind gelegen.

De kleine fontanel ligt het diepst en is naar rechts vóór gekeerd.

Op den schedel is in de teekening de plaats te zien, waar de groote fontanel zich bevindt. Ook kan men zich eene voorstelling maken van den loop van den pijlnaad.

Wanneer men in gedachte eene lijn trekt van het promontorium naar het dichtst bij gelegen punt van den achterkant der symphysis, dan verloopt die lijn in het vlak van den bekkeningang. Beschouwt men nu de ligging van den pijlnaad in verband met die zooeven genoemde lijn, dan valt het op, dat de pijlnaad loopt dichter bij de symphysis dan bij het promontorium.

Het voorste wandbeen ligt geheel boven de symphysis in het groote bekken, terwijl het achterliggende wandbeen reeds voor een groot deel in de bekkenholte is ingedaald. Daarenboven zijn de hand en de voorarm met het achterste wandbeen in het kleine bekken getreden. Ware het armpje niet naast den schedel gelegen, dan zou zonder twijfel een grooter segment van het achterliggende wandbeen zich in de holte bevinden. Niettegenstaande de naast den

schedel liggende arm het indalen van het achterste wandbeen gedeeltelijk belemmerd heeft, is toch de stand van den schedel in asynclitismus posterior zeer duidelijk te zien.

In de kleine bekkenholte zijn de blaas, de vagina en het rectum zeer goed te zien.

De afbeelding van Braune's cadaver-praeparaat mag als een bewijs gelden voor de theorie van Pinard en Varnier.

Meermalen zal gewezen worden op den invloed, dien het opstapelen van ijsblokken op den buik van het cadaver, gedurende het doen bevriezen van het lijk, kan hebben op de ligging van uterus en kind. Beide worden door den vermeerderden druk dieper in de holte gedrukt.

In Braune's cadaver-praeparaat zal de schedel waarschijnlijk bij het bevriezen vaster op den ingang gedrukt zijn; het indalen in de holte is echter belet door de vernauwing van den ingang. De schedel is daardoor blijven liggen ongeveer op dezelfde hoogte en in denzelfden stand als intra vitam. Aan de betrouwbaarheid van het praeparaat is dus niet te twijfelen.

B. Figuur 5 (Plaat VII).

Medianschnitt einer Hochschwangeren bei Steiszlage des Foetus u. s. w. von dr. W. Waldeyer. Bonn. Max Cohen u. S. 1886.

Het cadaver, voor deze coupe gebruikt, is dat van eene X-gravida, die in de laatste maand van de graviditeit aan acute haemorrhagie overleed [Plaat VII fig. 5]. Zij stierf, korten tijd nadat zij door eene locomotief was overreden. Beide beenen waren door de wielen zoo goed als afgereden. De bloeding uit de doorgesneden vaten kostte haar het leven.

Het kind ligt in billigging in den uterus. Ostium externum en internum zijn beide gesloten, het cervicaalkanaal is in de afbeelding zichtbaar. De vaginaalwanden liggen tegen elkaar aan, zoodat de doorsnede van de scheede als eene lijn zich voordoet in de teekening.

Het bekken van het kind ligt met een klein segment in de bekkenholte van de vrouw. De raphe perinei staat bijna geheel in de dwarsloopende afmeting van den bekkeningang, de anus van het kind bevindt zich in de onmiddellijke nabijheid van het ostium internum van den uterus.

Het is waarschijnlijk, dat ook bij het bevriezen van dit cadaver, evenals bij het reeds beschrevene, de billen van het kind vaster op den bekkeningang gedrukt zijn. Die kleine verschuiving van het voorliggende deel brengt geen verandering in de verhouding tusschen de rompas van het kind en de bekkeningangsas van de vrouw,

daar het voorliggende deel boven den bekkeningang is blijven staan en geen rotatie heeft gemaakt bij het passeeren van den ingang.

De rompas van het kind staat duidelijk in asynclitismus posterior op de as van het vlak van den bekkeningang, d. i. op de lijn, die loodrecht staat in het midden van de lijn, die van af het promontorium naar het naastbijzijnde punt van den achterkant der symphysis kan getrokken worden. De hoek, die tusschen de rompas en de bekkeningangsas gevormd wordt, is naar voren van de vrouw een stompe.

Door het vlak van den bekkeningang wordt van het bekken van het kind een segment afgesneden, dat de geheele achterliggende bil en een klein deel van de voorste bil bevat. De achterliggende bil is bijna geheel den bekkeningang gepasseerd, terwijl de voorste voor het grootste deel ligt boven den bovenrand der symphysis. De raphe perinei staat dichter bij de symphysis dan bij het promontorium.

De stand van het voorliggend deel is dus ongetwijfeld in asynclitismus posterior. Ook al heeft intra vitam het bekken van het kind iets hooger boven den ingang gestaan, de ligging ten opzichte van den bekkeningang is dezelfde gebleven, omdat het voorliggende deel boven de bekkenholte is blijven staan.

C. Figuur 6 (Plaat VII).

Gefrierdurchschnitte in systematischer Anordnung durch den Körper einer Hochschwangeren geführt. Herausgegeben von Wilhelm Braune und Paul Zweifel. 1890.

Het lijk stamt af van eene jonge hoogzwangere vrouw, die aan eene hartkwaal overleed. De beenen werden in het bovenste derde deel geamputeerd, om het lijk gemakkelijker te kunnen laten bevriezen.

Wat de maten van het bekken betreft, deelt Braune het volgende mede:

Conj. vera 11.15 cM.; rechte afmeting van den uitgang 10.5 cM.; symphysis 5.2 cM. Lengte sacrum en staartbeen 11.4 cM.; spinae 23, cristae 27.

Het bekken was klein, maar normaal gebouwd. Het nog in zijn geheel bestaande cervicaalkanaal is 2.6 cM. lang, het ostium internum is gerekt tot 4.8 cM.

De lengte van het kind bedroeg 48.6 cM. Het gewicht 3319.2 G.

Het kind bevindt zich in schedelligging. Het hoofd is op de borst gebogen en maakt met de as van den romp een stompen, naar beneden openen hoek, zonder dat er draaiing bestaat om de lengteas.

In het obstetrische deel van den „verklarenden tekst" bij den

atlas gevoegd, bespreekt Zweifel o. a. ook de anatomische observaties, die betrekking hebben op het mechanisme van den partus en in de eerste plaats den stand van den schedel.

De schedel staat met een matig segment in de holte. Het achterhoofd is het diepst ingedaald, de pijlnaad staat bijna in de dwarsloopende afmeting van den bokkeningang.

In de teekening (figuur 6) is zeer duidelijk te zien, dat de schedel getroffen is bijna loodrecht op den pijlnaad, en zich bevindt met een matig segment in de holte. Het behoeft na beschouwing der figuur geen betoog, dat het achterliggende wandbeen verder in de bekkenholte is ingedaald dan het voorste. Wanneer men den afstand tusschen het punt, waar de pijlnaad door de zaag is getroffen en het promontorium vergelijkt met den afstand tusschen dat snijdingspunt en het steunpunt van het hoofd tegen de achtervlakte der symphysis, dan lijdt het geen twijfel, of de pijlnaad loopt dichter bij de symphysis dan bij het promontorium.

In de afbeelding ziet men zeer duidelijk het over de geheele lengte getroffen cervicaalkanaal. De ostia zijn gesloten; het cervicaalkanaal mondt in den uterus uit bij het snijpunt der zaagvlakte met den pijlnaad.

De stand van den schedel komt dus geheel overeen met de meening, die Pinard en Varnier hebben geuit.

Ofschoon de bewerking van het cadaver bij het doen bevriezen voorzeker invloed kan gehad hebben op het tot stand komen van den diepen stand van den schedel, zoo zal men in dit geval van het meeste belang moeten achten, dat het eene primigravida à terme geldt, met een klein bekken en een kind met eene lengte van 48.6 cM. en een gewicht van 3319.2 G. Het kleine hoofd is niettegenstaande den nauwen bekkeningang in de laatste maand der zwangerschap gaan indalen, zooals dat ook bij het normale bekken geschiedt. Op die wijze is de diepe stand van den schedel te verklaren.

C. Figuur 7 (Plaat VII).

Sezione mediana verticale antero-posteriore congelamento di cadavere al sesto mese di gestazione. Descrizione fatta dai dott. Guiseppe Soffiantini, settore-capo dell' Instituto. Milano, Ulrico Hoepli. 1891.

C. C., 21 jaren oud, gestorven in het Civico Ospitale te Pavia aan tuberculosis pulmonum, was in de zesde maand harer graviditeit, de fundus van den uterus stond 5 cM. onder den navel.

Het lijk werd tot het maken van eene cadaver-coupe gedurende eene week in koudmakende mengsels gelegd.

De doorsnede, die in figuur 7 op plaat VII is voorgesteld, heeft geen directe waarde bij de behandeling van de quaestie omtrent den stand van den schedel boven den bekkeningang in het tijdperk, waarin de schedel gaat indalen. De stand van het kinderhoofd bij eene gravida van zes maanden bewijst in die zaak niets. De uterus ligt in dat stadium der graviditeit boven den bekkeningang en het gemakkelijk beweegbare kind ballotteert hoog boven den ingang in de baarmoeder. Men kan dus nog niet van een stand van den schedel ten opzichte van het vlak van den bekkeningang spreken.

De afbeelding wordt hier volledigheidshalve bijgevoegd, zonder dat er conclusies zullen getrokken worden uit den stand van den schedel.

Toch kan deze cadaver-coupe van nut zijn, daar men door de afbeelding te beschouwen kan leeren, dat men voorzichtig moet zijn bij het trekken van conclusies uit observaties, verkregen aan praeparaten, die eene of andere behandeling hebben ondergaan. Deze geven zelden een juist beeld van den toestand in vivo.

Op de afbeelding van Soffiantini's cadaver-coupe (figuur 7) is de stand van den uterus en van den schedel niet overeenkomstig de voorstelling, die men zich maakt van eenen uterus bij eene vrouw, die zes maanden zwanger is. Op de teekening is het onderste gedeelte van den uterus en dus ook het hoofd van het kind in de bekkenholte ingedaald, wat bij eene zwangerschap van zes maanden niet is te verwachten. Weeën waren er nog niet geweest, dus moet er eene andere oorzaak geweest zijn, die den kinderschedel door den bekkeningang heeft geduwd. Men ziet, dat de uterus-wand, ter plaatse waar het promontorium zich bevindt, eene inbuiging vertoont, die op geen andere wijze kan ontstaan dan door dat de uterus met eenige kracht aangedrukt is tegen het promontorium. Het is zeer verklaarbaar, dat bij het opstapelen van ijs op den buik van een cadaver een druk wordt uitgeoefend op den uterus en het kind. Die druk zal, evenals later bij den partus, het hoofd met het onderste gedeelte van den uterus in de bekkenholte duwen. Daardoor zijn de verhoudingen na het bevriezen anders dan vóór die kunstbewerking.

De meening is niet gegrond op hetgeen bij dit praeparaat alleen is te zien. De andere cadaver-coupen, die in dit opstel worden besproken, hebben voor een groot deel dat nadeel bij de bewerking ondervonden. Alle lijken zijn in het afkoelende mengsel gelegd in horizontale ligging met den buik naar boven. De zijligging bij het bevriezen zou bij gravidae en parturientes verre te verkiezen zijn. De zwaarte van den uterus en het kind, vermeerderd door het gewicht van het ijs, doet in rugligging de verhoudingen na den dood veel veranderen.

Bij de bespreking van de cadaver-coupes der andere onderzoekers, moet dus groote voorzichtigheid in de beoordeeling der feiten worden betracht, ofschoon meestal de stand van den schedel in zóóverre slechts veranderd wordt, dat het gedeelte, dat in de holte staat, grooter is geworden, terwijl de stand van de schedelas ten opzichte van de as van den ingang dezelfde blijft.

E. Figuur 8 (Plaat VIII).

Anatomie de l'Utérus pendant la grossesse et l'accouchement. Section vertico-médiane d'un sujet congelé au 6e mois de la gestation par M. M. L. Testut et E. Blanc. Avec 6 Planches en couleurs, grandeur naturelle. Paris. Octave Doin 1893.

Het cadaver, dat voor de coupe diende, was dat van eene 29-jarige vrouw, die, voor den eersten keer zwanger, in het Ziekenhuis Hôtel Dieu te Lyon werd opgenomen. Pat. had toen oedemen van de onderste extremiteiten en den onderbuik. Veel eiwit in de urine, geen vomitus. Het hart was vergroot, aan de punt een systolische souffle, de onderkwabben der longen geïnfiltreerd.

De uterus stond 4 vingers boven den navel.

4 Dagen na hare opname kreeg pat. een eclamptischen aanval. Er trad coma op. De uterus begon zich merkbaar te contraheeren. Het inwendig onderzoek leerde: gebroken vliezen, de schedel diep in de holte, achterhoofd het diepst ingedaald. Het cervikaalkanaal was bezig te verstrijken, het was voor 2 vingers toegankelijk.

Het lijk werd spoedig na den dood in een afkoelend mengsel gebracht, nadat de vaten waren opgespoten. Drie dagen later werd de doorsnede gemaakt.

Figuur. 8 op plaat VIII stelt de reproductie der cadaver-coupe voor. De uterus is duidelijk te zien voor een deel in de bekkenholte, voor een grooter deel nog in de buikholte gelegen. Het kind ligt in schedelligging, de schedel is scheef op den pijlnaad doorgesneden, daar de pijlnaad in de rechter schuine richting loopt. De schedel is geheel in de holte gedaald. De pijlnaad, die men aan het periphere uiteinde van de gleuf tusschen de hemispheren der groote hersenen vindt, ligt dichter bij de symphysis dan bij het promontorium. Het achterliggende wandbeen staat veel dieper dan het voorste. Er is ten opzichte van den bekkeningang een asynclitismus posterior van den schedel.

Het bekken is in alle afmetingen te klein. Er zijn enkele teeken van rachitis. Het bekken is licht asymmetrisch door een geringe dorsaal- en lumbaalscoliose.

De voornaamste maten zijn:

Afstand tusschen de spinae ant. sup. . . .	22	cM.
„ „ „ cristae ilei	27	„
Conjugata vera	10	„
Linker schuine afmeting	10.4	„
Dwarse afmeting	11.5	„

De foetus is lang 32 cM., het weegt 650 G.

Testut en Blanc voegen bij de beschrijving eene vergelijking met andere cadaver-coupen, voornamelijk met het oog op het onderste uterus-segment [1]).

Ofschoon deze beschouwingen zeer belangrijk zijn, zou het te ver voeren, ook de quaestie van het onderste uterus-segment bij alle cadaver-coupen in bijzonderheden te behandelen. Het zou eene studie op zich zelve zijn, die echter met het doör mij gekozen onderwerp niet nauw genoeg in verband staat, om noodzakelijk geacht te worden voor het goed verstand der theorie van Pinard en Varnier. Bij sommige figuren zal iets over dit onderwerp gezegd worden.

II^de GROEP.

Doorsneden van cadavers van parturientes, gestorven in het ontsluitingstijdperk.

A. Figuur 9 (Plaat VIII).

Der schwangere und kreissende Uterus. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Geburtskunde unter Mitwirkung von Dr. M. Hofmeier, Dr. C. Ruge und Dr. C. H. Stratz, herausgegeben von Dr. Karl Schroeder. (Mit 52 in den Text gedruckten Holzschnitten und einen Atlas von 6 Tafelen). Bönn. Max Cohen und Sohn — 1886.

In bovengemeld werk zijn gepubliceerd de resultaten van een onderzoek ingesteld aan het lijk van eene IV-para van 28 jaren, die in het begin van de ontsluitingsperiode in de kliniek werd op-

---

[1]) Als curiositeit wil ik hier een staaltje geven van eene vermakelijke vergissing tengevolge van een misverstand, dat bij de schrijvers onder het lezen der duitsche werken is ontstaan.

Bij de bespreking van de „Kranzvene" in den uterus, staat op bl. 18 geschreven: „Dans les planches de Braune et Chiari on aperçoit, béante et traversant l'anneau de contraction une veine volumineuse". En eenige regels verder: „On la nomme veine coronaire (ou veine de Krantz)."

Men zou den vertaler kunnen toevoegen: „Vous n'étiez pas en veine!"

genomen in uiterst slechten toestand. Heftige dyspnoe, het sensorium beneveld, cyanose, oedeem van het geheele lichaam, vooral van de onderste extremiteiten. Systolisch geruisch aan de punt van het hart. Bronchitis. Urine: $^1/_2$ albumen. Pat. succombeerde 4 uren na de opname. Haar kind was bij haar komst in de kliniek reeds dood.

De schedel staat bij het eerste onderzoek in de holte; gespannen vochtblaas, ostium ± 8 cM. ontsloten. Pijlnaad dwars.

Het cadaver wordt in koudmakende mengsels bevroren en er wordt eene overlangsche doorsnede gemaakt.

De maten van het bekken zijn:

Conj. vera 12,3; afstand van promontorium tot staartbeenuiteinde 14,1; hoogte van de symphysis 4,9; punt staartbeen tot onderrand van de symphysis 9,9; midden symphysis tot knik in den 3[den] sacraalwervel 14,2 cM.

Het ostium internum is verwijd tot 4,8 cM. Boven het ostium internum wordt de uterus-wand aanmerkelijk dunner, om later weder dikker te worden. De dunste plaats werd gemeten 2 mM., terwijl de uterus-wand dichter bij den fundus 8 mM. dik was. Het dunne gedeelte is het onderste uterus-segment, het dikkere gedeelte, waarin groote vaten loopen, de contractie-ring. De eivliezen zijn tot aan den contractie-ring met den uterus-wand vast verbonden.

Het kind weegt 2650 G., is 49 cM. lang. Het ligt in achterhoofdsligging, kleine fontanel linksachter.

Dien stand kan men in de afbeelding van de cadaver-doorsnede zien.

Uit het grootere segment van de naar voren gerichte rechter hemispheer der hersenen en uit de betrekkelijk groote oppervlakte van het cerebellum blijkt het, dat de kleine fontanel het diepst en naar achteren staat.

Wat de ligging van den uterus betreft, hecht Schroeder niet veel waarde aan het praeparaat, daar post mortem de ligging der baarmoeder eene andere wordt en de uterus meestal in retroversie wordt gevonden, terwijl hij durante vita in anteflexie ligt.

Voor ons doel kan de in de holte staande schedel weinig bijdragen tot de oplossing van de quaestie van de wijze van indalen van den schedel in de holte. Toch is het niet te ontkennen, dat in den achterkant van het bekken een grooter deel van den schedel is ingedaald dan aan de voorzijde, ja dat zelfs aan de achterzijde de schouder reeds ter hoogte van het promontorium staat.

Van grooter belang is echter deze cadaver-coupe voor de vraag, die door Schroeder en voornamelijk door zijn assistent Hofmeier is behandeld: hoe is de verhouding van de cervix tot het

onderste uterus-segment? Hofmeier behandelt die vraag in den breede in een afzonderlijk hoofdstuk (Das untere Uterinsegment in anatomischer und physiologischer Beziehung), een gewichtigen arbeid op zich zelf.

Hij komt tot het resultaat, dat in de zwangerschap het geheele cervikaalkanaal een kanaal blijft, en dat onder zekere omstandigheden eene verwijding van het uterine einde kan plaats hebben.

Het onderste uterus-segment kan geen gedeelte der cervix zijn, daar het met decidua-weefsel bekleed is, wat in de cervix niet aanwezig is. Het bestaat reeds vóór den partus als zoodanig en komt gedurende den partus als een integreerend deel van het baringskanaal tot zijn recht. De bovengrens van het onderste segment (de contractie-ring) stelt Hofmeier vast als de plaats van vaste aanhechting van het peritoneum aan den uterus, de plaats waar eene circulaire aanzwelling aan de binnenzijde van den uterus zich bevindt tengevolge van een groot aantal vaten, die daar aanwezig zijn.

Deze theorie over het onderste uterus-segment, die met recht een van Schroeder's schoonste geschenken aan de obstetrische wetenschap kan genoemd worden, zullen wij met nieuwe bewijzen zien verrijkt door de onderzoekingen van Chiari.

Het speciale van het onderwerp, dat hier door mij behandeld wordt, verbiedt, in nadere bijzonderheden te treden omtrent de verhoudingen van het onderste uterus-segment. Deze zijn sedert 1886 genoegzaam bekend geworden door verschillende geschriften over Schroeder's opvatting van het weeke baringskanaal. Kort na het verschijnen van Schroeder's atlas, gaf Nijhoff in het „Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde" [1]) een overzicht van de meeningen van Schroeder en Hofmeier. Hij toetste aan die beschouwingen de verschijnselen van het mechanisme der baring en bewees, dat de normale baring beheerscht wordt door wetten, die geheel in overeenkomst zijn met de theorie van Schroeder.

B. Figuur 10 (Plaat IX).

Gefrierdurchschnitt einer Kreissenden, von Dr. J. von Saexinger. Tübingen 1888.

De cadaver-coupe stamt af van het lijk van een 18-jarig meisje, dat in hoogzwangeren toestand werd opgenomen in de kliniek en 11 dagen na de opname stierf aan sepsis tengevolge van eene

[1]) N°. van 28 Aug. 1886 (n° 35). dr. G. C. Nijhoff. De nieuwere beschouwingen over de baring.

phlegmoneuse mastitis. Een paar uren vóór den dood traden de weeën op. Het kind was reeds eenigen tijd dood.

Pat. stierf den 7en December 1887, terwijl het einde der graviditeit berekend werd op de 1ste helft van Januari.

De uterus stond bij de opname met den fundus 4 vingers boven den navel. De bekkenmaten bedroegen:

Spinae 25; cristae 28,3; trochanteren 30,3; conj. ext. 18,5; omtrek 85.

De vagina was nauw en ruw. De portio vaginalis was 1 c. M. lang, de ostia waren gesloten, het bekken was in rechte richting vernauwd. Later volgen de verdere maten.

Een paar uren vóór den dood was het resultaat van het inwendige onderzoek: schedel diepstaand met den rug naar links, ostium externum en internum voor vinger toeganlijk.

Vóór het doen bevriezen van het lijk werd de thorax boven het diaphragma afgesneden en de beenen werden dicht bij het bekken geamputeerd.

Wat de bekkenmaten betreft, na het maken der coupe opgenomen vermeldt Saexinger: conj. vera 9.2 c.M.; afst. promotorium tot punt stuitbeen 11.5 c.M.; rechte afmeting van den uitgang 9,5, symphysis 5 hoog, 2.3 breed.

Het sacrum is volkomen in de mediaanlijn doorgezaagd. In de sacraalholte ligt het gevulde rectum, de anus staat wijd open. Als eene dunne streep is de vagina te zien, voorste en achterste vaginaalwand liggen tegen elkaar aan, zoodat van een duidelijk lumen niet veel te zien is. In het bovenste einde der vagina is het cervicaalkanaal te zien, dat in den uterus tegen de vliezen van de vrucht uitkomt. Het is aan zijn uit- en inwendig ostium geopend, respectieve 0,5 en 0,7 verwijd.

Vóór den uterus ligt de blaas, voor een deel boven, voor een deel achter en onder de symphysis.

De schedel is mediaan getroffen, het achterhoofd staat naar links.

De schedel staat geheel in de bekkenholte, gelijk te zien is uit zijn stand ten opzichte van den ondersten symphysis-rand. Het diepst ingedaalde deel van den schedel (het achterhoofd) bevindt zich op gelijke hoogte met den ondersten symphysis-rand.

Zoowel bij het promotorium als bij de symphysis toont de schedel eene lichte inbuiging der wandbeenderen.

De lengte van het kind van hoofd tot stuit is 22 c.M.; gewicht 2300 G.

Men heeft in dit geval dus te doen met een algemeen vernauwd bekken. Of er aetiologische momenten voor die afwijkingen

in het bekken bestaan, wordt door Saexinger niet opgegeven.

Aan rachitis valt hier niet te denken, daar het verschil tusschen de maten van spinae en cristae, zelfs bij deze absoluut kleinere maten (25 en 28.3), grooter dan normaal is. Wat den vorm van het sacrum betreft, zoo is dit in het bovenste gedeelte iets te veel gestrekt, zoodat de knik komt in den vierden sacraalwervel. Toch bestaat er in de geheele sacraalholte eene kromming met de concaviteit naar voren.

Saexinger deelt over andere symptomen van rachitis niets mede, zoodat men over deze quaestie in het onzekere blijft en het waarschijnlijkste is, dat wij met een algemeen gelijkmatig vernauwd bekken te doen hebben. Het individu zelf was klein.

Met deze afwijking in het bekken komt overeen de stand van den schedel in achterhoofdsligging. Daar het kind nog niet zijnen vollen wasdom bereikt had, was het indalen van den schedel door den nauwen ingang mogelijk. Wat anders de tusschenpoozende contracties van den uterus gedurende de laatste maand der zwangerschap doen bij de primipara met een normaal bekken, deden hier de contracties van de beginnende baring. Dat de schedel met geweld door den bekkeningang is geduwd, blijkt uit de lichte inbuigingen in de wandbeenderen.

Wij kunnen uit deze cadaver-coupe geen besluit trekken omtrent den stand van den schedel bij het eerste begin van de baring — op het oogenblik, dat de schedel door den bekkeningang gaat indalen. De schedel is hier reeds geheel ingedaald, het voorste wandbeen is reeds dieper in de holte geschoven; er bestaat nu een synclitismus van den schedel tegenover de bekkeningangsas, iets wat bij den stand van den schedel volkomen past. Wanneer de schedel nog dieper in de holte was ingedaald, hetgeen bij langeren duur van den partus zou hebben plaats gehad, dan zou het voorste wandbeen dieper zijn ingedaald dan het achterliggende en een asynclitismus anterior zijn ontstaan. Door den dood van de parturiens is het zoover niet kunnen komen en is de schedel synclitisch in het bekken van de vrouw aangetroffen.

C. Figuur 11 (Plaat IX).

The Anatomy of Labour including that of full-time pregnancy and the first days of the puerperium, exhibited in frozen sections reproduced ad naturam bij A. H. F. Barbour. Edinburgh and London. W. and A. K. Johnston. 1889.

De beschrijving van de cadaver-coupe, die in figuur 11 op plaat IX is gereproduceerd, vindt men in een afzonderlijk boekje door

Barbour geschreven, dat ongeveer denzelfden titel draagt als de atlas met de platen [1]).

Pat. was eene VI-para, die à terme zijnde, zich zelve eene acute enteritis bezorgde door overmatig drankgebruik en het zich blootstellen aan kouvatten.

Het kind was eenige dagen vóór den dood der moeder gestorven. De uterus stond tegen den ribbeboog, het foetus met den rug naar rechts, de schedel in de holte. De cervix liet den vinger toe, de pijlnaad liep dwars in de holte.

Gedurende de twaalf uren, dat de patiënte stervende was, had zij geregeld weeën en werd het ostium gedilateerd tot 3 c.M. De beide fontanellen stonden even diep in de holte.

Dadelijk na den dood werd het bekken van het lijk, door de zaag ontdaan van den thorax en de beenen, in afkoelende mengsels geplaatst in opgerichte houding.

Eerst werd de mediane voorachterwaartsche doorsnede gemaakt, die in figuur 11 is weergegeven. Daarna werd eene serie coupes vervaardigd in dwarse richting, tot bestudeeren van de verhoudingen van de cervix uteri.

De schedel staat hier in gering asynclitismus anterior ten opzichte van het vlak van den ingang. Dat is de normale stand van een schedel, die in de holte is ingedaald. Het voorste wandbeen is langs de symphysis in de holte gegleden, en het achterste wandbeen is door het voorste medegenomen, totdat het geheele hoofd in de holte was gekomen.

De maten van het bekken zijn:

Anatomische conjugata	12	cM.
Rechte afmeting van de bekkenwijdte .	13.7	„
„ „ „ bekkennauwte . .	10.79	„
Afstand van den onderrand van de symphysis tot het uiteinde der coccyx . .	8	„

Het bekken blijkt niet vernauwd te zijn, daar de maten vrijwel die van het normale bekken nabijkomen. Men zou een plat bekken verwacht hebben, afgaande op den stand van den schedel in kruinligging. Wellicht is de ligging, die de vrouw bij het begin der baring heeft ingenomen, de oorzaak van het indalen van den schedel, met de groote en de kleine fontanel beide even diep.

Het valt bij het bezichtigen van deze doorsnede op, dat de wandbeenderen ter plaatse van den pijlnaad niet juist tegen elkaar aanliggen, maar dat het achterliggende wandbeen geschoven is over

[1]) The anatomy of labour as studied in frozen sections and its bearing on clinical work. Edinburgh. W. and A. K. Johnston 1889.

het voorste heen. De hemispheren der groote hersenen passen evenmin nauwkeurig tegen elkaar aan; de achterliggende hemispheer springt verder in het kleine bekken vooruit dan de voorste. Verder zien wij geen verschil in de kromming der wandbeenderen.

Deze feiten kunnen ons tot een inzicht brengen omtrent het mechanisme, dat bij het indalen van dezen schedel heeft plaats gehad. Hoe de kleine en groote fontanel boven den bekkeningang ten opzichte van elkaar gestaan hebben, of de eene dieper stond dan de andere, zou alleen af te leiden zijn uit het feit, hetwelk Barbour meedeelt, dat onder de huid van beide wandbeenderen twee kleine bloed-extravasaten zich bevinden. Had de kleine fontanel voorgelegen, dan zouden die extravasaten bij het indalen op de kleine fontanel ontstaan zijn en niet alleen op de beide wandbeenderen.

Ook heeft er zeker geen voorste-wandbeenligging boven den ingang bestaan. Daartegen pleit de voldoende ruimte in de rechte afmeting van den bekkeningang, die tot afwijkingen in den stand van den schedel op den ingang geen aanleiding zal geven. Ten tweede pleit daartegen, dat het achterliggende wandbeen over het voorste heen ligt. Was er boven den bekkeningang eene voorste-wandbeensligging aanwezig geweest, dan zou bij het indalen het achterliggende wandbeen *onder* het voorste geschoven zijn en niet zooals in Barbour's geval juist omgekeerd het voorste onder het achterliggende. Die verschuiving van de wandbeenderen wijst op een oorspronkelijk dieperen stand van het achterliggende wandbeen ten opzichte van het voorste. De typische kromming van het voorste en de afplatting van het achterliggende wandbeen, die bij een schedel, die in voorste-wandbeensligging indaalt, regel zijn, ontbreken hier ten eenen male.

Men kan hier dus een normaal mechanisme aannemen. De schedel stond bij het begin der baring, met het achterliggende wandbeen het diepst ingedaald, op den ingang. Bij het verder indalen is het voorste wandbeen onder het andere geschoven en achter langs de symphysis gegleden tot het was gekomen in den stand, die in de afbeelding is te zien.

Eene andere verklaring is m. i. van dezen stand van het hoofd niet te geven.

D. Figuur 12 (Plaat X).

Zwei Medianschnitte durch Gebärende. Eine anatomische Studie von dr. G. Winter. Berlin, 1889. Fischer's Medic. Buchhandl.

In de portefeuille van Winter bevinden zich 4 platen, waarin

de afbeeldingen worden gereproduceerd van de coupes van het bevroren lijk eener secundipara, wier historia partus hij in een bijgaand geschrift meedeelt. Verder geeft hij eene beschrijving der platen.

Figuur 12 op plaat X is eene reproductie van de cadaver-coupe van Winter's secundipara, eene eclamptica, die in diep coma in de kliniek werd binnengebracht. De hand kon lichte contracties van den uterus constateeren. Harttonen van het kind waren te hooren. Er bestond schedelligging, het ostium externum en een deel van het cervikaalkanaal lieten den vingertop toe; het ostium internum was gesloten.

Nadat patiënte 17 uren na de opname in de kliniek was gestorven, werd van sectio caesarea afgezien, daar het kind reeds 12 uren te voren was overleden. Men heeft hier dus een geval van baring in het begin der ontsluitingsperiode.

Uit de beschrijving der cadaver-coupe zal ik, evenals ik bij de andere gedaan heb, alleen de gedeelten vermelden, die voor het door mij behandelde onderwerp van belang zijn.

In de afbeelding is het sneevlak van de rechterhelft van het lijk afgebeeld. De wervelkolom en voor een deel het sacrum, zijn te zien. De uterus met het kind ligt tegen de wervelkolom aan, de voorste uterus-wand en de buikwand promineeren over de symphysis. Achter de symphysis ligt de blaas. De uterus-holte is duidelijk te zien; het kind ligt op verschillende plaatsen vlak tegen den binnenwand der baarmoeder aan. Het kind is in transversale richting doorgezaagd; in den fundus is de doorsnede van de buikholte te zien, daarnaast de doorsneden der beenen en der armen. Het hoofd is getroffen loodrecht op den pijlnaad; de snede gaat door de groote hersenen; de teekening vertoont ons de twee wandbeenderen. De snede gaat tusschen kleine en groote fontanel door den pijlnaad. Achter de teekening moet men zich het achterhoofd denken, vóór de teekening het voorhoofd. De kleine fontanel staat iets lager dan de groote. Tengevolge van de gebogen houding van het kind zijn de oogen en de neus door de zaag getroffen. De cervix uteri is bij het doorzagen niet getroffen. Winter beschrijft deze echter naar hetgeen hij er van zag en geeft eene teekening in den tekst.

Een gedeelte van de vagina, wier wanden tegen elkaar liggen, is in de teekening tusschen rectum en blaas te zien.

Wat nu de ligging van het hoofd betreft met betrekking tot den bekkeningang, schrijft Winter:

„Der Kopf ist in das kleine Becken eingetreten und steht mit der Pfeilnaht in der Beckenweite. Die kleine Fontanelle steht nur unmerklich tiefer als die grosse und hat sich noch nicht nach vorne gedreht. Entsprechend dem Hochstand des Kopfes haben also bis jetzt noch keine Drehungen stattgefunden."

Winter spreekt zichzelven in den eersten en den laatsten aangehaalden zin tegen. In den eersten zin zegt hij, dat de schedel is ingedaald; in den anderen spreekt hij van „Hochstand des Kopfes". De schedel is tusschen de groote en de kleine fontanel doorgezaagd, zoo dat de snede 5 c.M. vóór de kleine fontanel is gekomen. Daar de kleine fontanel slechts zéér weinig dieper staat dan dan de groote, reikt het diepst staande deel van den schedel dus niet veel verder in de bekkenholte dan het punt van den pijlnaad, dat in de teekening te zien is. Trekt men in gedachte eene verbindingslijn tusschen het promotorium en het dichtst bijliggende punt van den achterwand der symphysis, dan wordt de schedel in twee segmenten gedeeld, die in grootte weinig verschillen. De schedel is dus nog niet geheel ingedaald. Winter bedoelt in zijne beschrijving ongetwijfeld dien stand, daar hij mededeelt, dat de pijlnaad in de bekkenwijdte staat.

Bij het meedeelen van het onderzoek durante vita wordt door Winter gezegd bij de uitwendige palpatie: „Der Kopf scheint vor zu liegen." Bij het proces-verbaal der inwendige exploratie wordt van den stand van den schedel niets meegedeeld.

De vooronderstelling is gerechtvaardigd, dat het dieper indalen van den schedel bij ontbreken van ontsluiting bij deze secundipara kan worden toegeschreven aan de verandering in de ligging der deelen bij het doen bevriezen door druk van de op den buik gestapelde ijsstukken.

Hoe dit zij, eene verandering in den stand van de as van den schedel in verhouding tot het vlak van den bekkeningang gedurende het bevriezen behoeven wij niet aan te nemen, daar tot die rotatiebeweging eene kracht noodig is, die gelijk is aan en die werkt in de richting van de uitdrijvende kracht bij de normale baring. Door het uitoefenen van druk uitwendig op den buik bij het opstapelen van ijsblokken op het cadaver, kan de schedel indalen, zoover de bekkeningang, die hier niet vernauwd is, dat gemakkelijk toelaat, maar rotatie, die ontstaat door overwinnen van weerstanden aan den ingang kunnen door die betrekkelijk geringe kracht niet worden tot stand gebracht.

Men kan dus uit deze afbeelding over den stand van de as van den schedel in verhouding tot de as van den bekkeningang toch een oordeel vellen.

Men ziet, dat het achterste wandbeen dieper in de holte is ingedaald dan het voorste en dat de pijlnaad dichter bij de symphysis loopt dan bij het promontorium. De as van den schedel staat dus in asynclitismus posterior in verhouding tot de as van het vlak van den bekkeningang.

Als de schedel durante vita werkelijk hooger gestaan heeft boven

den bekkeningang, dan zou daaruit eene verklaring kunnen volgen voor de aanwezigheid der ombuiging van den uterus-wand boven de symphysis. Winter kan daarvoor geen reden geven. Mij dunkt, dat bij een stand van den schedel boven den ingang de schedel zal rusten op den bovenrand der symphysis en den voorsten buikwand zal doen bombeeren.

Toch moet erkend worden, dat deze afbeelding niet afdoend is als treffend bewijs voor de theorie van Pinard en Varnier.

Het tweede geval, door Winter beschreven, betrof het cadaver van eene primipara, die eveneens in het eerste stadium der ontsluitingsperiode aan eclampsie overleed.

Het kind lag in afgeweken billigging hoog boven den bekkeningang.

Winter gebruikt zijne coupes voornamelijk voor eene beschrijving van de verhoudingen der eïvliezen en van de cervix.

In de quaestie over de ligging van het voorliggende deel boven den bekkeningang, kan deze cadaver-coupe geen opheldering geven.

E. Figuur 13 (Plaat X).

Anatomie dell' utero umano in gravidanza ed in travaglio pel dr. Ernesto Pestalozza. Milano 1890.

Het lijk, dat voor het maken der cadaver-coupe gebruikt is, stamt af van eene VI-para, 37 jaren oud, die gestorven is, à terme zijnde, in het allereerste begin der ontsluitingsperiode.

De afbeelding (figuur 13) vertoont duidelijk de wervelkolom, het vooruitstekende promontorium en het sacrum. Een deel van het dwarsaangesneden rectum is te zien. Vóór het rectum ligt de schedel in het onderste deel van den uterus. De cervix is in de teekening niet te zien, daar zij door de mediaansnede niet is getroffen. De vagina is overlangs gekliefd.

Pestalozza voegt eene aparte afbeelding van eene doorsnede door het cervikaalkanaal er bij in den tekst. Het orificium is tot 15 mM. verwijd in voorachterwaartsche, 30 mM. in dwarse richting. De cervix is duidelijk te herkennen; van een onderste uterussegment is nog niets te zien. De vliezen staan nog; eene matige hoeveelheid vruchtwater ligt vóór den schedel. De kleine fontanel staat naar links voor, het hoofd is sterk op de borst gebogen.

Uit de teekening kan men opmaken, hoe de schedel door de zaag is getroffen. De kleine hersenen zijn te zien, de rechter lob van de groote hersenen is getroffen in het occipitale gedeelte, de linker in het temporale. De oorzaak hiervoor is gelegen in den schuinen loop van den pijlnaad in den bekkeningang.

Het gewicht van het kind was 3750 G.

Gaat men de verhouding na tusschen de vertikale as van den schedel en die van den bekkeningang, welke wij ons loodrecht op de lijn tusschen het promontorium en het dichtstbijgelegen punt van den achterkant der symphysis getrokken denken, dan blijkt de as van den schedel naar achteren ten hellen ten opzichte der bekkeningangsas. Het voorste wandbeen is veel minder ver in het kleine bekken ingedaald dan het achterliggende, de pijlnaad loopt dichter bij de symphysis dan bij het promontorium.

Pestalozza maakt op dezen asynclitischen stand van den schedel opmerkzaam. Hij is van meening, dat de asynclitische stand niet afhankelijk is van den weerstand van den bekkeningang, daar de schedel daarvoor te bewegelijk staat, met een te klein segment slechts in de holte. Wel is waar, meent hij, dat de asynclitische ligging vermeerderd is geworden door de verandering der weefsels bij de bewerking om het praeparaat te doen bevriezen. Toch is hij van meening, dat de asynclitische stand voor een groot deel het gevolg is van de neiging, die de zeer bewegelijke schedel heeft, zoo weinig mogelijk ruimte in te nemen in het onderste deel van den uterus, die door de samentrekking der circulaire spiervezels en door zijn eigen elasticiteit voortdurende de neiging heeft om zich zoo klein mogelijk te maken.

Hij bestrijdt hiermee de meening, dat de lateroflexie van het hoofd een gevolg zou zijn van de kracht van de contracties van den uterus, die langs de wervelkolom van het kind zouden werken. Daarvoor is de lateroflexie, die in zijn geval reeds vóór het optreden van behoorlijke weeën bestond, een treffend bewijs.

Men kan weinig waarde hechten aan het feit, dat in de afbeelding het corpus uteri gedrongen aanligt tegen de voorvlakte van de wervelkolom. De belasting van den buik met ijsblokken, bij het doen bevriezen van het cadaver, heeft de baarmoeder aangedrukt tegen de wervelkolom.

Later zullen wij bij de bespreking der cadaver-coupe van Chiari hetzelfde feit duidelijk zien gedemonstreerd.

IIIe GROEP.

Doorsneden van bevroren cadavers van barenden, gestorven in het uitdrijvingstijdperk.

A. Figuur 14 (Plaat XI).

Die Lage des Uterus und des Foetus am Ende der Schwangerschaft, nach Durchschnitten an gefrornen Cadavern, illustrirt von dr. med. Wilh. Braune. Leipzig 1872.

De plaat is gemaakt naar de doorsnede van het bevroren lijk van een 35-jarige vrouw, die gedurende de baring door verdrinking zich van het leven had beroofd.

De vrouw — I para — was normaal gebouwd, uitgezonderd eene lichte verkromming van de borstwervelkolom.

Bij inspectie bleek de uterus te reiken tot boven den navel, de schedel was diep in de holte ingedaald. Bij inwendige exploratie bleken de vliezen nog te staan.

Kort na den dood werd eene doorsnede van het bevroren lijk gemaakt. De afbeelding doet ons het zaagvlak met de rechterhelft van het cadaver zien. De linkerhelft van het kind is door den teekenaar ook op de afbeelding gebracht.

Het kind bleek te zijn flink voldragen, met een gewicht van 3319.2 G.

Een beschouwing van figuur 14 op plaat XI doet den uterus zien, in de buikholte gelegen. Een deel van de wervelkolom, waarvan vijf wervels zichtbaar zijn, het sacrum en het staartbeen zijn zuiver in de mediaanlijn getroffen. De schedel staat reeds geheel in de holte, de ontsluiting is volkomen, de vochtblaas puilt uit in de vulva. Het achterhoofd is de symphysis gepasseerd, het achterliggende segment van den schedel vult de sacraalholte geheel op. Het achterhoofd ligt naar rechts, iets naar voren. Het voorste wandbeen ligt het diepste ten opzichte van het vlak van den bekkenuitgang

De kracht, die den schedel in de holte gedreven heeft, moet volgens Braune's meening zeer sterk zijn geweest, daar de schedel groot, het bekken niet bijzonder wijd was. De conjugata vera was 11 c.M., andere maten worden niet opgegeven.

Braune kon de gevolgen van die groote kracht aan den vorm van den schedel zien. Het achterhoofd liep in een punt uit en aan den schedel bevond zich een tamelijk uitgebreide sugillatie.

De afbeelding geeft eene duidelijke voorstelling van den stand van een schedel, die in het uitdrijvingstijdperk voor een deel het ostium externum is gepasseerd. Vooral opmerkenswaard is de stand van het voorste wandbeen, dat, terwijl de schedel, geheel in de holte, den spildraai nog niet heeft volbracht, in den uitgang zeer diep staat.

B. Figuur 15 (Plaat XII).

Chiari. La Evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione. Milano. 1878.

Het kind ligt in dwarsligging, de linkerarm uitgezakt tot buiten de vulva, de schouder en een deel van den romp in de holte inge-

daald. Het kind is samengevouwen in den uterus, het hoofd en de billen hebben de neiging, langs het hoofd in te dalen. Opmerkelijk is het, hoe in de figuur te zien is, dat de thorax-helft aan de achterzijde reeds geheel in de holte ligt, terwijl de voorliggende schouder blijft steunen tegen de symphysis.

De patiënte, wier lijk voor de cadaver-coupe werd gebruikt, was eene IV-para, die plotseling stierf gedurende de spontane keering van het kind. De weeën waren eerst normaal geweest. De vroedvrouw had de vliezen gebroken en toen de weeën waren begonnen, waren een arm en de navelstreng uitgezakt.

Een medicus ter assistentie geroepen, beproefde verscheidene malen de versie, maar mocht niet slagen. Hij zond de patiënte naar de kliniek, waar de vrouw kort na opname overleed.

Nadere bijzonderheden over dit geval heb ik niet kunnen verzamelen. Daar de coupe echter duidelijk genoeg eene voorstelling van den stand van zaken geeft, is het hier medegedeelde voldoende.

C. Figuur 16 (Plaat XII).

Ueber die topographischen Verhältnisse des Genitales einer inter partum verstorbenen Primipara. Nach einem Gefrierschnitte geschildert van Dr. H. Chiari.

Hèt geval betrof eene 29-jarige vrouw, die voor den eersten keer zwanger, aan een hooggradige long-tuberculose overleed.

De baring was reeds zóóver gevorderd, dat de schedel van het voldragen, 47 cM. lange kind geheel in de bekkenholte vóór den uitgang stond. De kleine fontanel stond naar links voor, de vliezen waren nog intact.

Het is duidelijk in de teekening te zien, dat hier de schedel in de holte is ingedaald. Voor de wijze, waarop dat indalen plaats heeft gehad, bewijst de teekening niets. Toch is het opvallend in deze afbeelding, dat de schedel, die bijna geheel dwars in de holte stond, met betrekking tot het vlak van den ingang met het achterste wandbeen dieper in de holte is ingedaald dan met het voorste. Immers zien wij, dat het achterste (linker) segment van den schedel met den linker schouder het promontorium is gepasseerd, terwijl tegen den onderrand der symphysis de rechter bovenkaak gelegen is. Men kan hieruit afleiden, dat bij het indalen der schouders in de holte de achterliggende schouder het eerst in de holte komt.

Het voorste wandbeen staat ten opzichte van den uitgang het diepst.

Van zeer veel belang zijn verder de verhoudingen van de wanden van het weeke baringskanaal.

Beter dan in de cadaver-coupe van Braune, in de vorige figuur voorgesteld, kan de normale rekking van het onderste uterus-segment gedurende de baring worden waargenomen. De uterus-holte in engeren zin, bekleed door de uterus-spier, eindigt bij de vena coronaria, die de baarmoeder circulair omgeeft. In de teekening [en vooral in de oorspronkelijke plaat] is deze ader te zien, aan de achterzijde van den uterus ter hoogte van den onderrand van den eersten heiligbeenswervel, aan den voorkant der baarmoeder ter hoogte van het midden van den onderarm van het kind.

Het deel van het baringskanaal, dat op de uterus-holte naar den bekkenuitgang toe volgt, is het onderste uterus-segment. Chiari maakt opmerkzaam op het verschil in dikte van de uterus-spier en den wand van het onderste uterus-segment. „Die Wanddicke des Uterus", zegt hij, „betrug über den.... Durchschnitten der sogenannten Kranzvene im Mittel 7 mM., nur an einer Stelle an der vorderen Wand, welche der Grenze zwischen Unterleib und unteren Extremitäten der Frucht entsprach, stieg dieselbe bis auf einen Centimeter." De dikte van den wand in het onderste uterus-segment verschilt zeer veel van die van de uterus-spier zelve, daar Chiari in de nabijheid van het promontorium eene dikte van 8,5 cM. meette.

Chiari teekent op zijne afbeelding de plaats aan, waar het ostium internum zich bevindt; aan de voorzijde ter hoogte van de polsbuiging van den rechter kinderarm, aan de achterzijde aan het midden van den linkerbovenarm van het kind. Het onderste uterussegment is achter langer dan aan de voorzijde.

Het cylindervormige kanaal tusschen het ostium internum en het ostium externum is het gerekte cervikaalkanaal. Het ostium externum vindt Chiari aan de voorzijde ter hoogte van het midden van de symphysis, aan de achterzijde ter hoogte van de verbinding tusschen den tweeden en den derden sacraalwervel.

Het laatste deel van het weeke baringskanaal is de door den schedel gerekte vagina.

Een microscopisch onderzoek van den uterus-wand in den omtrek van de vena coronaria toonde aan, dat ongeveer ter hoogte van dien ader het chorion en amnion voor een wijl uit elkaar wijken en het chorion een aantal plooien vormt, die eene verdikking veroorzaken van de eivliezen, die met het bloote oog is te zien. Van af die verdikking loopen de vliezen aan den binnenwand van de steeds dunner wordende spier van het onderste uterus-segment, daarvan gescheiden door eene dunne laag decidua-weefsel. De vliezen liggen aldaar los tegen den wand aan.

4 cM. ongeveer lager beginnen zich duidelijk cervicaalklieren in

den wand te vertoonen en houdt het decidua-weefsel op. Daar begint dus de cervix met het ostium internum. Bij het ostium externum houden de klieren op.

Chiari vindt in deze resultaten een bewijs voor Schroeder's theorie van den contractie-ring.

Chiari merkt verder op, dat de achterste uterus-wand zeer dicht aanligt tegen de voorvlakte van de wervelkolom en indruksels vertoont, overeenkomende met den vorm van de wervels. Dat verschijnsel is een gevolg van den druk, dien de ijsblokken gedurende het bevriezen uitoefenden op den buik van het cadaver, dat zich in rugligging bevond.

D. en E. Figuur 17 en 18 (Plaat XII en XIII).

Zwei neue Gefrierschnitte Gebärender.

I. Ein Kind, welches nach der Geburt des Kopfes im Geburtskanale stecken blieb.

II. Ein Kind nach der Wendung auf den Fusz in der Leiche der Mutter. Bearbeitet van Dr. Paul Zweifel. Leipzig. Veit und C°. 1893.

Deze atlas is gewijd aan de nagedachtenis van Wilhelm Braune, die de eerste was, die eene cadaver-coupe publiceerde. De portefeuille bevat, gelijk uit den titel blijkt, de afbeeldingen van twee cadaver-coupen van lijken in de uitdrijvingsperiode, de eene bij schedelligging, de andere bij (geforceerde) voetligging. (figuur 17 en 18).

Figuur 17 stelt de coupe voor van het lijk van eene 38-jarige vrouw, die gedurende haar zevende baring aan eclampsie overleed. De baring was nog niet geëindigd; alleen het hoofd van het reeds doode kind was geboren. De vrouw was luetica en had bij het binnenkomen in de Kliniek reeds een apoplexie gehad. Nadat patiënte een eclamptischen aanval had gehad, begonnen de weeën. De schedel stond in achterhoofdsligging, kl. font. l. v. De weeën hielden aan, totdat de schedel in de vulva zichtbaar werd. Toen trad plotseling exitus letalis op. Bij het op-de-zij-leggen van het lijk dadelijk na den dood sneed de schedel door, het gezicht draaide naar de binnenzijde van de rechterdij der vrouw. Later bleek, dat er eene spontane uterus-ruptuur was ontstaan, die volgens den schrijver niet anders dan na den dood door contractie van den uterus bij het optreden van den rigor mortis kan ontstaan zijn.

Het komt mij voor, dat de door Zweifel gegeven verklaring van het ontstaan der ruptuur der baarmoeder aan rechtmatigen twijfel onderhevig is. Dat post mortem door den rigor mortis een verscheuring der baarmoeder ontstaat, zou een alleenstaand feit in

de litteratuur zijn, dat door geen andere voorbeelden wordt gestaafd. Daarenboven is de plotselinge dood, zonder dat een eclamptische aanval plaats greep, het beste bewijs, dat de vrouw door den shock der ruptuur succombeerde.

Het lijk van de tweede doorsnede (figuur 18) stamt af van eene I-para, die gedurende een paar dagen gebloed had uit eene placenta praevia. Zij kwam in zeer anaemischen toestand in de Kliniek aan. Er was een zeer weinig ontsloten, resistent ostium externum van het cervikaalkanaal. Het kind lag in schedelligging. Toen de collaps-verschijnselen toenamen, werd injectie van physiologische zout-oplossing gemaakt en werd het ostium van den uterus geforceerd, om de versie op den voet te doen. Dit gelukte en een been werd afgehaald. Pat. collabeerde echter langzamerhand meer en meer en stierf spoedig na de keering, zonder meer bloed verloren te hebben.

Na den dood werden van beide lijken cadaver-coupen gemaakt.

Ik zal Zweifel in zijne beschrijving volgen en de beide afbeeldingen (fig. 17 en 18) na elkaar demonstreeren.

Beide figuren geven het beeld weer van eene baring, die gevorderd is tot het stadium van volkomen ontsluiting.

In figuur 17 is een deel van de wervelkolom te zien, het sacrum en het staartbeen zijn beide mediaan getroffen. De schedel, die loodrecht op den pijlnaad is doorgezaagd, is geheel buiten de vulva. In de bekkenholte bevinden zich een groot deel der thorax en de beide armen. De lever ligt ter hoogte van den bekkeningang.

De uterus was sterk samengetrokken; de scheur bevond zich op den overgang van ostium internum en uterus-musculatuur.

Maten van de bekkens der twee praeparaten:

	I	II
Distantia spinarum	26,5 c.M.	23,5 c.M.
„ cristarum	29,0 „	26,0 „
Conjugata vera	10,5 „	10,7 „
„ inclinata	11,5 „	12,9 „
Hoogte der symphysis	5,7 „	5,4 „
Rechte afmeting van den uitgang	13,1 „	12,4 „

De cadaver-coupe in figuur 18 toont ons het kind met den schedel in den fundus uteri. De schedel is loodrecht op den pijlnaad door de zaag getroffen. De romp ligt voor een groot deel boven den bekkeningang; in de holte ligt het bekken van het kind terwijl het bovenbeen van het kind nog voor een groot deel door de vulva en vagina wordt omspannen. De knie is buiten de vulva.

De beide coupes van Zweifel zijn in eene bespreking van Pinard en Varnier's zienswijze, eigenlijk niet op hare plaats. Zij kunnen noch voor noch tegen die theorie iets bewijzen, daar in

beide gevallen de partus te ver gevorderd was. Toch zijn zij op obstetrisch gebied van de hoogste waarde, daar zij een denkbeeld geven van den toestand van het weeke baringskanaal in het tijdperk van de uitdrijving der vrucht.

Zweifel wijdt een hoofdstuk van zijn arbeid aan het mechanisme der geboorte van de schouders. Daar dit onderwerp niet in dit opstel thuis behoort, zal ik dat gedeelte uit Zweifel's werk slechs vermelden, doch niet nader behandelen. Het eenige wat verder valt op te merken in figuur 17, is dat de voorliggende schouder het eerst onder de symphysis uitkomt en als draaipunt dient voor den achterliggenden schouder.

Schrijver bestrijdt Auvard, die meent dat de oorzaak van het onder de symphysis komen van den voorliggenden schouder gelegen zou zijn in de zwaarte van den schedel.

Ik zal niet ingaan op de beschrijving van het onderste uterussegment, die schr. geeft naar aanleiding van de twee coupes. Hij is een aanhanger van de leer van Braune, die het onderste uterus-segment laat beginnen bij het ostium internum en het gerekte cervikaalkanaal voor het onderste uterus-segment houdt. Hij is geheel in tegenspraak met de opinie van Karl Schroeder en Hofmeier, later door Olshausen en Johann Veit overgenomen, dat het onderste uterus-segment zou zijn een zeer rekbaar deel van den uterus-wand, boven het ostium internum gelegen.

De redeneering, die Zweifel tegen de opinie van Schroeder in het midden brengt, kan m. i. echter niet wedijveren met de bewijzende onderzoekingen, die andere obstetrici, vooral Hofmeier en Chiari, hebben gepubliceerd. Zweifel vond in het onderste uterus-segment cervikaalslijmvlies, dat door de andere autoren gemist wordt. Een ander argument van Zweifel tegen de theorie van Schroeder, nl. dat het onwaarschijnlijk is, dat de uterusholte door de weeën in twee helften zou verdeeld worden, is uitermate zwak en kan slechts als eene persoonlijke opvatting van Zweifel beschouwd worden, die hij zonder bewijsgronden aan te voeren heeft geuit.

F. Figuur 19 (Plaat XIII).

Medianschnitt durch die Leiche einer an Uterusruptur verstorbenen Kreissenden. Eine anatomische Studie von dr. Anton von Mars, Privatdocent für Geburtshülfe an der k. k. Jagellonischen Universität in Krakau. Mit 1 kolorirten und 3 lithographirten Tafelen.

Krakau, Selbstverlag des Verfassers. Universitäts-Buchdruckerei. 1890.

Deze nog weinig bekende uitgave levert een zeer nauwkeurig beschreven en afgebeeld geval.

De tekst bevat zeer uitvoerige mededeelingen over de historia partus en de platen in den atlas geven een zeer duidelijke voorstelling van de lijkdoorsnede.

Het lijk is van dat van eene vrouw van 44 jaren, die in haar huis te Krakau werd geholpen bij hare 8ste baring door eene vroedvrouw. De vorige bevallingen waren alle spontaan beloopen, ofschoon langzaam, met pijnlijke weeën. Haar zwangerschap had zij ook dezen keer zonder stoornissen doorgemaakt. Op den dag van de bevalling was zij in haar huishouden bezig geweest en had bij het oplichten van een tobbe pijn in het lijf gevoeld. Zij was onwel geworden en had het vruchtwater voelen afloopen. De vroedvrouw, die zeer kort daarna ter plaatse was, vond uiterlijk aan de vrouw niets bijzonders. Inwendig onderzoek leerde, dat de ontsluiting ongeveer 3 cM. was. Schedelligging, hoofd boven den ingang, luidde de diagnose. Geen vruchtwater, een weinig bloed in het laken. Twee uren later kreeg de vrouw weeën, die zeer zeldzaam waren en 4 uren daarna was er volkomen ontsluiting en daalde de schedel spoedig in de holte, zonder dat er bepaald periodieke weeën waren te bemerken. Na een uur voelde de vrouw plotseling pijn in het lijf tegelijk met eene bibbering, die spoedig geheel ophield. Weder een uur later had zij op nieuw eene bibbering met pijn, waarna zij in onmacht viel en 20 minuten later stierf.

Schr. houdt de oorzaak van het optreden der baarmoederverscheuring voor een voortdurende kramp van de baarmoederspier. Als reden, waarom die tetanus optrad, geeft schr. de inspanning bij het huiselijk werk aan.

Het kind was bij de komst van den geneeskundige dood. Er er werd dus geen keizersnede na den dood der vrouw verricht.

Het lijk werd in koudmakende mengsels in rugligging tot bevriezen gebracht en daarna juist in de mediaanlijn met een bladzaag in twee gelijke helften verdeeld. Op het vlak van doorsnede werden glazen platen gelegd, om de omtrekken te fixeeren.

De figuur stelt het vlak van doorsnede op de rechter helft van het lijk voor. In den atlas is een chromolithographie aanwezig, waarnaar de figuur door photographie is vervaardigd.

De schedel van het kind lag in de uitgerekte scheede en voor een deel in het onderste baarmoederdeel. De snede trof het hoofd over den linker wang en kwam uit achter het oor van de rechterzijde. In de rechter helft van het lijk lag het aangezichtsdeel van den schedel; het achterhoofdsdeel, dat in de linker helft van het lijk lag, was het diepst ingedaald. Het rechter wandbeen stond het diepste; er

bevond zich een groot caput succedaneum op. De kleine fontanel was naar links vóór gekeerd.

De maten van het bekken zijn de volgende:

Anatomische conjugata van den bekkeningang	11.5	cM.
Verloskundige conjugata	10.7	„
Afstand van den ondersten rand van de symphysis tot het einde van het sacrum	11.5	„
tot het einde van het stuitbeen	10.1	„
Rechte afmeting van de bekkenwijdte	13.5	„

In den buik was weinig bloed aanwezig.

De scheur in de baarmoeder verliep bijna om den geheelen uterus heen, boven den contractie-ring, aan de achterzijde hooger dan aan de voorzijde. Het onderste uterus-segment, dat het kind grootendeels omgaf, was zeer sterk gerekt. Het peritoneum was op de plaats der scheur niet gespaard, zoodat er een open verbinding bestond tusschen uterus-holte en buikholte. Aan de achterzijde bleef het onderste uterus-segment over een kleine uitgebreidheid van verscheuring vrij.

Het baarmoederlichaam was boven den contractie-ring samengetrokken, met den fundus naar rechts gericht. Het kind lag links van den uterus voor een groot deel in de buikholte.

Aan de voorzijde van den uterus op een afstand van 2,3 cM. boven den contractie-ring houdt de uterus-wand op in figuur 19. Daar bevindt zich de rand van de scheur. Aan de achterzijde is op een afstand van 10 cM. boven den contractie-ring de uterus-spier verscheurd.

Dicht bij den schedel is de doorsnede van den linker arm te zien, in lengterichting door de zaag getroffen. Deze arm is van den buikwand gescheiden door een zeer dunne laag uterus-weefsel, behoorende tot het onderste uterus-segment. Onder en boven die plaats heeft de uterus-wand een grootere dikte. Het bovenste gedeelte wordt naar boven, naar de scheur toe, langzamerhand dunner. Tusschen den uterus-wand en den buikwand ligt het dwars doorgesneden rechter beentje, vlak boven de doorsnede van den linkerarm, dus buiten de uterus-holte in het cavum abdominale.

De placenta (in fig. 19 een zwarte vlek) ligt achter het rechter beentje boven het kind, voor het grootste deel in de uterus-holte, en wordt aan de bovenzijde bedekt door de dunne darmen. Aan de achterzijde is de placenta met zijn bovenste deel onmiddellijk tegen de wervelkolom gelegen. Het onderste deel der placenta is aan de achterzijde nog in verbinding met het gedeelte van den uterus-wand, dat zich bevindt vanaf den rand der scheur tot aan de in de uterus-holte voor-uitspringende verhevenheid (plaats van de contractie-ring). De contractie-ring ligt aan de achterzijde om de hals van het kind, boven het promontorium.

Daar ter plaatse is de wand der baarmoeder betrekkelijk zeer dik.

Ofschoon de teekeningen van von Mars geen opheldering geven over den stand, waarin een schedel zich op den bekkeningang plaatst bij het indalen in de holte, is toch eene leering te trekken uit zijn platen omtrent den stand van den schedel in de holte. Ten opzichte van het vlak van den bekkeningang staat de schedel nog duidelijk in asynclitismus posterior. Het achterliggende segment van den schedel bevindt zich geheel in de holte, terwijl het voorliggende voor een kleiner deel is ingedaald.

Bij dezen diepen stand van het hoofd is echter obstetrice met den bekkeningang afgerekend en moet de stand van den schedel ten opzichte van de as van het vlak van de bekkenwijdte worden beoordeeld. De lijn, getrokken in de rechte afmeting van de bekkenwijdte (de kortste afstand tusschen den achterkant der symphysis en de scheiding tusschen de 3e en 4e heiligbeenswervels) stelt de doorsnede voor van de zaag met het zooeven genoemde vlak. De loodlijn, in het midden van die lijn opgericht, is de as van het vlak van de bekkenwijdte. De schedelas vormt met die as een hoek naar voren van de vrouw. Er is dus asynclitismus anterior.

Ten opzichte van de as van het vlak van den uitgang is het asynclitismus anterior nog sterker uitgedrukt.

Het voorste wandbeen is dus in den bekkenuitgang het diepste ingedaald.

Leiden, Augustus 1895.

KORTE VERKLARING DER PLATEN.

I^e GROEP.

PLAAT V

Figuur 1. — Pinard en Varnier. (1892). I-para, 7½ md., begin ontsluitingsperiode. Achterhoofdsligging-Asynclitismus posterior.

Figuur 2. — Pinard en Varnier. (1892). II-para, 8 md., vomitus gravidarum, plotseling in convulsies overleden. Baring nog niet begonnen. Schedelligging, a. l. v.

PLAAT VI.

Figuur 3. — Pinard en Varnier. (1892). I-para, 8 md., causa mortis eclampsie. Begin der baring, cervicaalkanaal bijna geheel verstreken. Kruinligging, schedel met groot segment in de holte, a. r. a.

Figuur. 4. — W. Braune. (1872). Multipara, zelfmoord. Achterhoofdsligging, a r. v. Zwak scoliotisch bekken (plat asymmetrische ingang, conj. vera 9.5 cM.). Schedel boven den ingang in asynclitismus posterior, de rechterhand rechts achter den schedel.

PLAAT VII.

Figuur 5. — W. Waldeyer. (1886). X-gravida, spoorwegongeluk, dood aan haemorrhagie. In de laatste maand der zwangerschap. Billigging, sacrum links. Ost. int. en ext. gesloten, billen met klein segment in de holte Asynclitismus posterior.

Figuur 6. — W. Braune en P. Zweifel. (1890). Hoogzwangere, aan hartkwaal overleden. Bekken klein (c. v. 11.15), maar normaal van vorm. Cervicaalkanaal bestaat nog in zijn geheel. Achterhoofdsligging, pijlnaad dwars. Schedel voor de helft in de holte in asynclitismus posterior.

Figuur. 7. — G. Soffiantini. (1891). 6 md. Causa mortis tuberculosis pulmonum.

•PLAAT VIII.

Figuur 8. — L. Testut et Blanc. (1893). I-gravida, 6 md. Eclampsie. Bekken algemeen te klein: rachitis (conj. v. 10 cM.). Achterhoofdsligging, pijlnaad in rechter schuine afmeting. De schedel is ingedaald, achterste wandbeen het diepst. Het cervicaalkanaal was bezig te verstrijken.

IIe GROEP.

PLAAT VIII.

Figuur 9. — K. Schroeder. (1888). IV-para, à terme, ontsluitingsperiode, causa mortis eclampsie. Bekken normaal, 8 cM. ontsluiting. Achterhoofdsligging, a. l. a. Schedel in de holte.

PLAAT IX.

Figuur 10. — J. von Saexinger. (1889). I-para. 1 md. vóór het einde der zwangerschap, begin ontsluitingsperiode, causa mortis sepsis bij phlegmoneuse mastitis. Bekken algemeen te klein, conj. vera 9.2 cM. De schedel staat voor een groot deel in de holte, het voorste wandbeen is dieper ingedaald, synclitismus van de schedel- en de bekkeningangsas.

Figuur 11. — A. H. F. Barbour. (1889). VI-para, à terme, causa mortis: enteritis acuta. Bekken normaal. Cervicaalkanaal 1 vinger ontsloten, de schedel in de holte, kruinligging, pijlnaad dwars. Asynclitismus anterior ten opzichte van den ingang.

PLAAT X.

Figuur 12. — G. Winter. (1889). II-para, à terme, begin ontsluitingsperiode, causa mortis eclampsie. Normaal bekken, achterhoofdsligging, a. r. De schedel is voor een groot deel ingedaald. Asynclitismus posterior van den schedel.

Figuur 13. — E. Pestalozza. (1890). VI-para, à terme, begin ontsluitingsperiode Cervicaalkanaal niet verstreken, 15 mM. verwijd. Schedel met matig segment in den ingang, asynclitismus posterior. Bekken normaal.

IIIe GROEP.

PLAAT XI.

Figuur 14. — W. Braune. (1872). I-para. Volkomen ontsluiting, schedel in de holte, staande vliezen. Achterhoofdsligging, a. r. v.

PLAAT XII.

Figuur 15. — Chiari. (1878). IV-para, dwarsligging met uitgezakten arm. De romp in de holte gedaald.

Figuur 16. — Chiari. I-para, à terme, c. mort. long-tuberculose. Schedel diep in de holte, A. a. l. v.

Figuur 17. — P. Zweifel. (1893). VII-para. Eclampsie. Het hoofd van het doode kind was bij het overlijden van de vrouw bezig door te snijden. Stand van den schedel in het bekken A. a. l. v. Na den dood sneed het geheele hoofd door, toen de vrouw op de zijde werd gelegd. Het aangezicht draaide naar rechts. Er was een ruptuur van den uterus ontstaan.

PLAAT XIII.

Figuur 18. — P. Zweifel (1893). I-para, placenta praevia. Versie op den voet collaps, exitus letalis. Schedel in den fundus uteri, in de holte het bekken van het kind. De knie is buiten de vulva.

Figuur 19. — A. von Mars. (1890). VIII-para. Dood door spontane uterus-ruptuur (bijna totaal, circulair). Kind voor een deel in de buikholte. Conj. vera 10.7 cM. Schedel staat in de holte, achterhoofd links voor. De vliezen promineeren in de vulva. Rechter wandbeen staat het diepst in de holte.

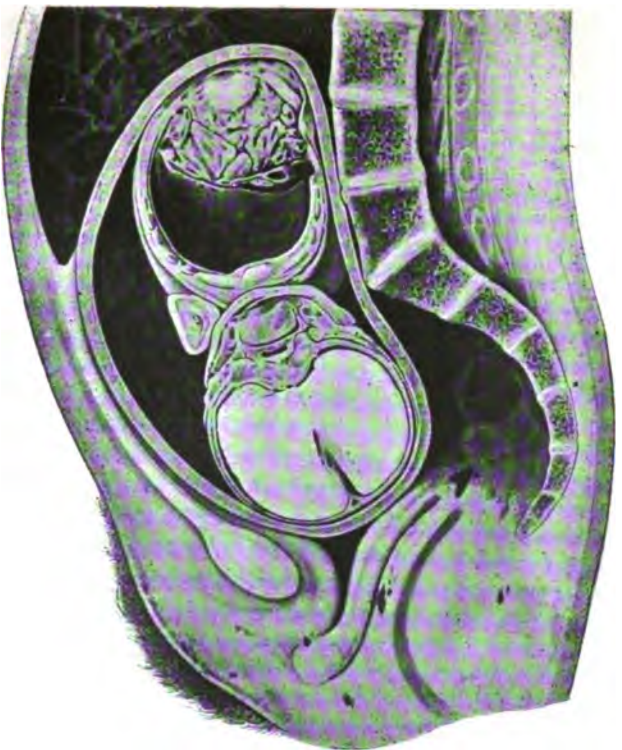


Fig. 1.

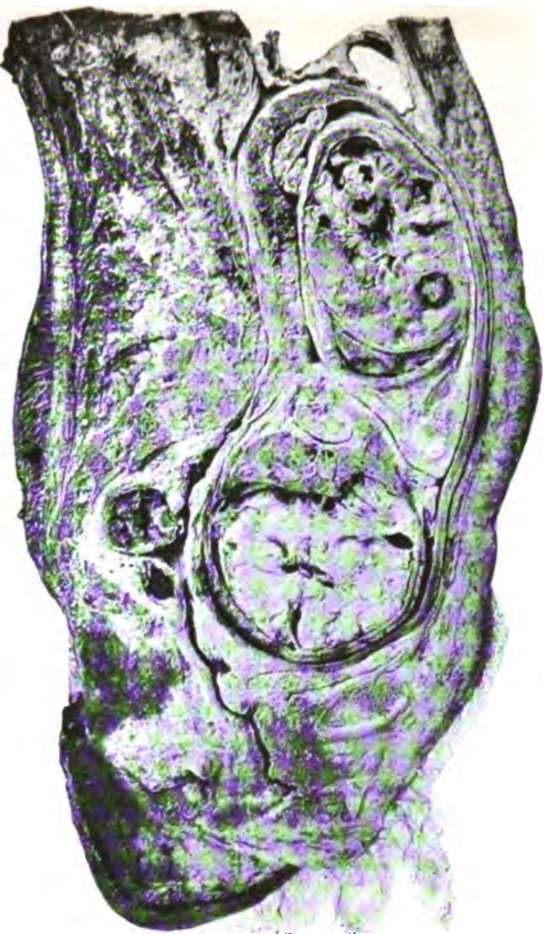


Fig. 2.



Fig. 3.

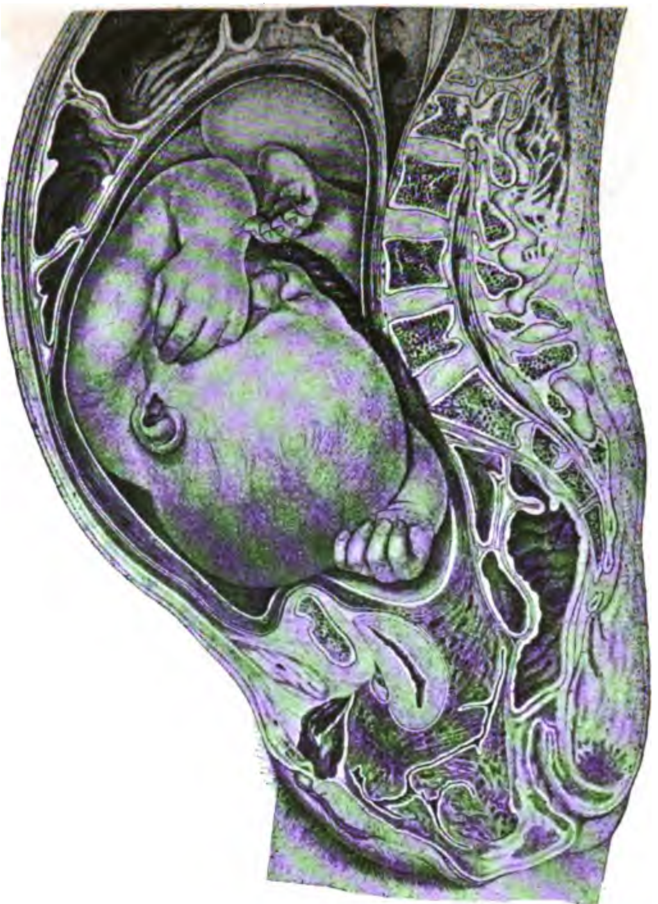


Fig. 4.



Fig. 6.



Fig. 7.

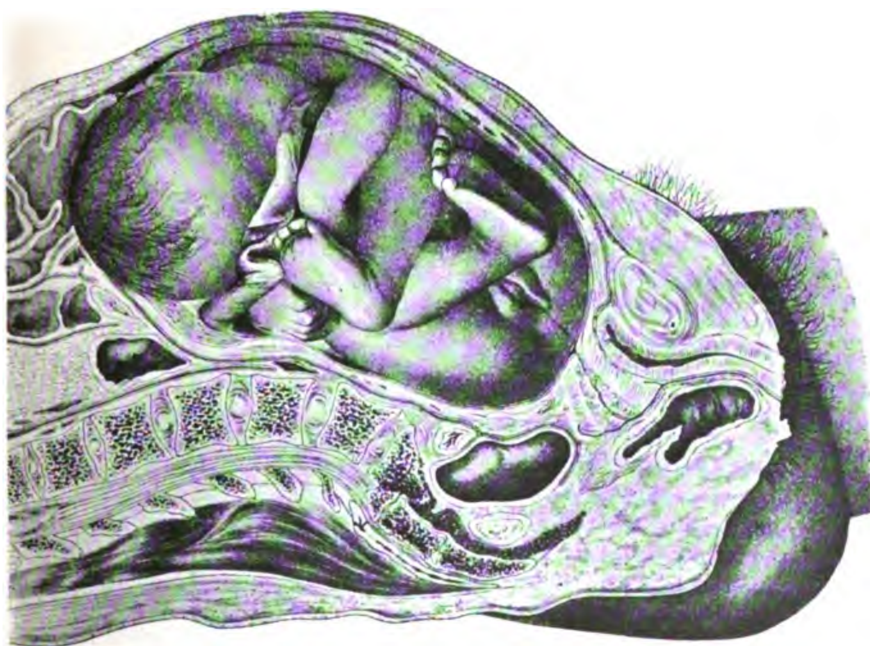


Fig. 5

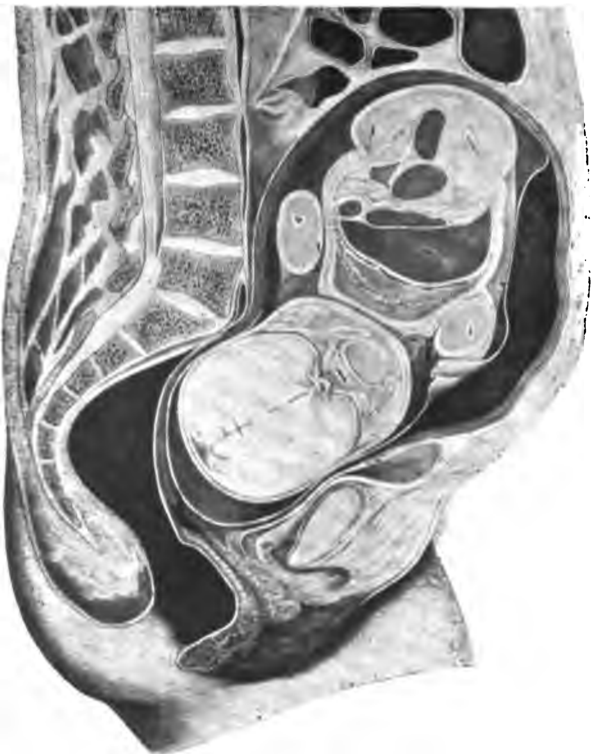


Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.



Fig. 15.



Fig. 16.

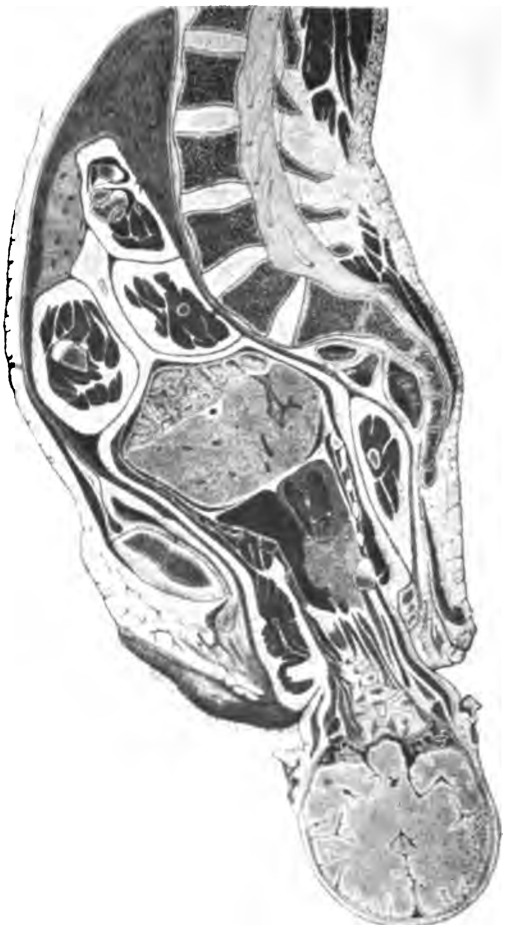


Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.

ACHTTIENDE JAARVERSLAG

VAN DE VEREENIGING TOT HET VERLEENEN VAN BUITENGEWONE VERLOSKUNDIGE HULP VOOR DEN KLEINEN BURGERSTAND

te 's Gravenhage

(van 1e Juli 1893—ultimo Juni 1894),

DOOR

Dr. W. F. UNIA STEYN PARVÉ.

In bovenvermeld tijdperk werden afgegeven 2460 kaarten. Het personeel aan de Vereeniging werkzaam bleef, wat de verloskundigen betreft, onveranderd; om beurten werd de hulp verleend door Dr. Piepers, Dr. Unia Steyn Parvé en Dr. Heynsius.

Het aantal vroedvrouwen bedroeg vijftien, twee verlieten ons en drie nieuwe traden toe, nl. Mejuffr. Pronk, Wolters en Wouters.

In het geheel werd 326 maal hulp gevraagd, welke 58 maal niet noodig bleek te zijn en 114 maal slechts in geneeskundige voorschriften of raadgevingen behoefde te bestaan, met uitzondering van 13 gevallen, waarin deze later nog door kunsthulp moest gevolgd worden.

Van de 326 vrouwen, voor welke hulp werd gevraagd waren 128 primiparae, 198 multiparae. Van al deze vrouwen stierf slechts éene bij placenta praevia na versie en extractie, waar vóór de verleende hulp reeds een belangrijk bloedverlies had plaats gehad.

Van de 329 kinderen (4 maal kwamen gemelli voor) werden 303 levend geboren en bleven in de eerste dagen in het leven, terwijl 26 dood werden geboren of kort na de geboorte stierven.

Onder dit aantal behooren in de eerste plaats 2 bij abortus beneden de 4 maanden, 1 van 4 maanden, 1 van 6 maanden en 2 gemacereerde vruchten.

Een kind vonden wij dood geboren, toen onze hulp tot hechting van het geruptureerde perineum werd ingeroepen.

Eenmaal was het een hydropische vrucht. Tweemaal was het een hydrocephalus, die in beide gevallen na perforatie werd geëxtraheerd. Tweemaal was het een anencephalus, een daarvan met hydramnios.

Eenmaal kwam een door de vroedvrouw bij voetligging geëxtra-

heerd kind dood ter wereld, daar zij moeite had gehad met de ontwikkeling van het hoofd. Eenmaal stierf het kind, natuurlijk geboren, bij voetligging. Tweemaal vonden wij bij prolapsus funiculi een niet meer kloppende navelstreng, en werden de kinderen dood geboren. Drie kinderen kwamen om het leven tengevolge van omstrengeling van den hals door de navelstreng, nl. eenmaal bij forcipale extractie, waarbij de hals tweemaal omstrengeld was, en tweemaal bij opgewekten partus praematurus, waarvan de eene ook forcipaal werd getermineerd.

Bij forcipale extracties stierven nog één kind bij een vernauwd bekken, en twee die asphyctisch geboren werden en niet bij te brengen waren.

Bij versie en extractie stierf één kind.

Bij placenta praevia kwamen twee dood ter wereld, de eene bij extractie wegens billigging, de andere bij spontane geboorte na tamponnade.

Gemelli kwamen 4 maal voor.

1° bij placenta praevia in de 7de maand, waarbij beide kinderen levend door versie en extractie werden ontwikkeld, doch na ruim 24 uren stierven.

Bij de drie overige gevallen waren ligging, behandeling en resultaat aldus:

	1ste kind.		2de kind.	
1.	voetligging	extractie, levend.	hoofdligging	versie en extract. levend.
2.	voorhoofdsligging	forc. extractie, levend.	hoofdligging	natuurlijk, levend.
3.	hoofdligging	versie en extract. levend.	voetligging	extractie, levend.

De anencephali werden geboren, de eene in hoofdligging spontaan, de andere in voetligging door extractie (bij deze was ook hydramnios). Hydrocephalus kwam tweemaal voor.

Mola-zwangerschap kwam eenmaal voor.

Wat de ligging der kinderen aangaat, behalve de schedelliggingen kwamen voor:

Aangezichtsligging 2 maal, de eene bij eene multipara, welke vrucht natuurlijk werd geboren, de andere bij eene primipara, welke vrucht forcipaal werd geëxtraheerd.

Voorhoofdsligging 8 maal, 3 maal bij primiparae, 5 maal bij multiparae. Bij de primiparae was steeds forcipale extractie noodig, van de andere vijf werden drie natuurlijk geboren, de beide andere forcipaal geëxtraheerd; een van deze was het eerste kind van gemelli.

Kruinligging 2 maal, eens bij eene primipara, waar uitgangsvernauwing was en de forceps moest gebruikt worden, eenmaal bij eene multipara, waar het hydropische kind eveneens forcipaal geëxtraheerd werd.

Voetligging 13 maal, tweemaal bij primiparae waarbij eenmaal het kind in billigging overging en natuurlijk, maar dood geboren werd; het andere geval betrof een eerste kind van gemelli, dat geëxtraheerd werd. Van de 11 gevallen bij multiparae werden er twee natuurlijk geboren; in één geval werden de voeten afgehaald en het verloop aan de natuur overgelaten, het kind kwam dood ter wereld door dubbele omstrengeling van den hals. Een kind werd levend door de vroedvrouw geëxtraheerd, de overigen extraheerden wij levend met uitzondering van een anencephalus. In één geval was er tevens prolapsus funiculi.

Billigging 7 maal, eenmaal bij eene primipara waarbij geen hulp behoefde verleend te worden, zes maal bij multiparae, waarvan één kind natuurlijk werd geboren, één door de vroedvrouw, de overige door ons geëxtraheerd werden, eens na afhalen van de voeten. In één geval was er placenta praevia, in een ander prolapsus funiculi.

Dwarsligging 5 maal, steeds bij multiparae, waarvoor steeds versie en extractie werd verricht. Een kind bleef in het leven, drie waren dood en een leefde ± 3 uren. De gevallen waren: 1° een gemacereerd 8maands kind met prolapsus funiculi, door de vroedvrouw gekeerd; 2° een voldragen kind bij bekkenvernauwing, levend geboren; 3° een 7maands kind met prolapsus funiculi; 4° een voldragen kind met uitgezakten arm; na de keering bleef het hoofd bij de extractie dwars geplaatst en werd met de forceps geëxtraheerd, het kind werd asphyctisch geboren en was niet tot het leven terug te brengen; 5° een zevenmaands kind met uitgezakten arm, bleef ± 3 uur leven.

Placenta praevia 12 maal, steeds bij multiparae; één vrouw stierf, twee kinderen kwamen dood ter wereld.

Viermaal was de placenta centraal gelegen. Het kind was 9 maal in hoofdligging, 2 maal in billigging, eenmaal in dwarsligging geplaatst.

Eenmaal werd tamponneeren van de scheede toegepast; de voet- en billiggingen werden geëxtraheerd; in de overige gevallen werd versie en extractie gedaan.

Prolapsus funiculi 12 maal, steeds bij multiparae.

6 maal bij hoofdligging.
1 „ bij hoofdligging met de voeten.
1 „ bij hoofdligging met een arm.
2 „ bij dwarsligging.
1 „ bij billigging.
1 „ bij voetligging.

Drie kinderen werden dood geboren. 4 maal werd versie en ex-

tractie gedaan, 5 maal forcipale extractie, éénmaal extractie bij voetligging, éénmaal afhalen van de voeten met extractie bij billigging, terwijl één kind natuurlijk geboren werd.

Wat de verrichtte operaties betreft, deze waren forcipale extractie 107, nl. 60 bij primiparae, 47 bij multiparae.

Bij de primiparae was de reden der aangewende hulp:

ongeduld 1;
lange duur der baring (éénmaal door uitgezette vesica, éénmaal door dubbele omstrengeling) 14;
vermoeidheid 2;
zwakke weeën en geringe buikpers 13;
groot kind 7;
niet volbrachte spildraai 2;
nauwe vulva en weinig rekbaar perineum 6
4de schedelligging 1;
dwarsche of scheeve stand van het hoofd 2;
kruinligging 2;
voorhoofdsligging 4;
aangezichtsligging 1;
uitgangsvernauwing 2;
andere bekkenvernauwing 3.

Bij de multiparae:

lange duur der baring, eenmaal door omstrengeling 4;
vermoeidheid 1;
zwakke weeën en geringe buikpers 4;
groot kind 3;
niet volbrachte spildraai 1;
4de schedelligging 4;
dwarsche of scheeve stand van het hoofd 3;
kruinligging 2;
voorhoofdsligging 2;
uitgangsvernauwing 1;
andere bekkenvernauwing 12;
prolapsus funiculi 7;
handen langs het hoofd 1;
hydrocephalus na perforatie 1;
na partus arte praematurus.

Versie en extractie werd 27 maal verricht, driemaal bij primiparae, 24 maal bij multiparae.

Bij de primiparae eenmaal het 2de kind van gemelli in hoofdligging geplaatst, eenmaal een hydrocephalus na perforatie, eenmaal bij bekkenvernauwing van een in hoofdligging geplaatst kind.

Bij de multiparae, eenmaal van een bewegelijk foetus bij sterken

hangbuik, driemaal bij dwarsligging waarvan een bij vernauwd bekken, 6 maal bij hoofdligging, wegens groote kinderen of vernauwde bekkens, eenmaal een 2de kind van gemelli in hoofdligging geplaatst, viermaal bij prolapsus funiculi, waarvan twee met dwarsligging en twee met hoofdligging, 9 maal bij placenta praevia steeds bij hoofdligging, eens met gemelli.

Partus arte praematurus 2 maal, beide opgewekt met den eivliessteker, het eene kind werd levend geëxtraheerd met de forceps, het andere werd natuurlijk doch dood geboren door omstrengeling van den hals. In het eene geval trad de baring in na 2 × 24 uren, in het andere na 20 uur.

Perforatie 2 maal, beide wegens hydrocephalus, eenmaal bij eene primipara, eenmaal bij eene multipara.

Verwijdering van het ei bij abortus eenmaal.

Hechting van het perineum werd 14 maal verricht, 12 maal bij primiparae, tweemaal bij multiparae, waarvan de eene door partus praecipitatus bevallen was.

Verwijderen of lospellen van de placenta met de hand moest 10 maal geschieden; in 4 gevallen waar wij geroepen werden was de handgreep van Credé afdoende.

Eene vrouw, bij welke de placenta met de hand verwijderd was met zeer veel moeite, stierf na 12 uur aan collaps (ruptura uteri?).

Eklampsie kwam eenmaal voor post partum en genas onder therapeutische behandeling.

Haemorrhagie post partum deed 15 maal onze hulp inroepen, welke steeds met geneesmiddelen werd bestreden met uitzondering van één geval, waar eene verscheuring van de vagina bleek te zijn, en door tamponneeren hulp werd aangebracht.

Haemorrhagie durante partu, waarvoor 4 maal hulp werd gevraagd, bleek eenmaal door gedeeltelijk loslaten van de placenta te zijn ontstaan; eenmaal bleek er een anencephalus te zijn; eenmaal was het bij een 6maands, eenmaal bij een 8maands zwangerschap, in welke beide gevallen spoedig de haemorrhagie tot staan kwam.

Gevallen welke een en ander meldenswaardigs hebben zijn:

I. Door de vroedvrouw werd voor eene 28jarige secundipara wegens krampweeën poeders gevraagd op 30 September, en pulvis Doveri voorgeschreven; bij ons bezoek den volgenden dag bleek de partus nog niet te zijn aangevangen en was geen voorliggend deel te voelen. Op 2 October werd wegens verkeerde ligging opnieuw hulp gevraagd. De vroedvrouw kon geen ligging bepalen, de vliezen waren nog niet gebroken, de ontsluiting was volkomen. Hydramnios bleek bij onderzoek aanwezig te zijn. Bij het inbrengen van de hand, waarbij de vliezen braken en eene massa vruchtwater

afstroomde, bleek hoog boven den bekkeningang een hydrocephalus te zijn. Versie en extractie werd gemakkelijk verricht door Dr. Piepers, die daarna volgens zijne methode met den sleutelhaak door de mondholte perforeerde, wat wegens de groote ontwikkeling van het kind zeer moeilijk was. De pogingen om na de perforatie, waarbij veel liquor afliep, het hoofd verder te extraheeren mislukte, evenzeer het bevestigen van den haak in het cavum cranii. Tijdens deze pogingen scheurde de hals af en werd met den haak wel de onderkaak te voorschijn gebracht maar geen hoofd. Na driemaal herhaald aanleggen van de forceps werd het hoofd geëxtraheerd. De placenta volgde direct. De vrouw doorstond zonder narcose moedig de operatie die ruim een kwartier duurde.

II. Eene 34jarige IX-para had reeds drie weken aan bloedverlies uit de genitalia externa geleden en daarvoor van haar medicus een medicament ontvangen. Thans had zij plotseling een hevig bloedverlies gekregen en de hulp van de vroedvrouw ingeroepen, die de vagina opgevuld vond met coagula, placenta praevia vooronderstelde en uit voorzichtigheid niet verder onderzocht maar onze hulp inriep. Wij vonden de vrouw bijna zonder waarneembaren polsslag, verwijderden eene massa coagula en vonden placenta praevia centralis. Het zoo spoedig mogelijk termineeren van den partus kwam ons raadzaam voor, wilden vrouw en kind niet bezwijken voordat deze geschied was. Bij eene ontsluiting van 4 ctm. en staande vliezen werd het kind dat in hoofdligging geplaatst was gekeerd en levend geëxtraheerd. De vrouw stierf een half uur na de geboorte van het kind.

III. Bij eene 28jarige III-para werd onze hulp gevraagd wegens verkeerde positie van het kind. Bij onze komst vonden wij het hoofd diep ingezakt in het bekken, daarnaast de voeten en een groote niet kloppende lus van den funiculus. De vroedvrouw zeide eene voetligging gehad te hebben en dat bij poging tot extractie het hoofd ook ingedaald was. Met de forceps wordt een nog levend kind geëxtraheerd.

IV. Bij eene 27jarige primipara werden wij geroepen wegens tragen partus, wij vonden het vruchtwater afgeloopen, krampweeën, ontsluiting van de grootte van een gulden, tijdens de weeën zeer gespannen rand van den baarmoedermond, een zeer elastiek hoofdgezwel in den bekkeningang, buik niet bijzonder gespannen, harttoonen te hooren doch zwak. Pulvis Doveri werd voorgeschreven. Na 2½ uur waren de krampweeën wat minder, overigens de toestand hetzelfde. Weder 2½ uur later was de baarmoedermond geheel verstreken. Daar volgens uitwendig onderzoek het kind niet groot bleek, en verschijnselen van hydrocephalus aanwezig waren,

werd beproefd het hoofd met de forceps te extraheeren, wat mislukte. Met een stompe schaar werd nu een klein gaatje ingestoken in den schedel, waarop deze wat collabeerde; de daarop verrichte versie en extractie ging vrij gemakkelijk. Het voldragen kind, dat eene uitgebreide spina bifida had, gaf vrij sterke teekenen van leven, maar werd onder water gedompeld, tot deze ophielden.

V. Bij eene multipara riep de vroedvrouw onze hulp in met de mededeeling dat er geen vordering in de baring was en het bekken scheef vernauwd. Het onderzoek door ons ingesteld bevestigde de diagnose, het hoofd stond met een klein segment in den bekkeningang. Daar de ontsluiting vrij ruim was werd versie gedaan welke geen moeilijkheden opleverde; de extractie ging ook gemakkelijk tot aan het hoofd. Dit stond scheef met de kin vrij sterk naar voren. Met moeite werden de vingers in den mond gebracht, maar eenige krachtige tracties gaven weinig. De forceps bleek niet aangelegd te kunnen worden. Om den hals werd een doek gedraaid, de vingers van den linkerhand in den mond gebracht en opnieuw krachtig getrokken en gedraaid; op deze wijze gelukte het eindelijk het doode kind te extraheeren. Op het linker wandbeen was een indruk van het promontorium van $1^1/_2$ ctm. diepte.

RECAPITULATIE.

	Ingeschreven.	Hulp gevraagd.	Operaties.	Vrouwen behouden.	Vrouwen overleden.	Kinderen levend.	Kinderen dood.
Totaal in 17 jaren.	32153	4689	2051	2015	14	2042	302
id. in 18e jaar.	2460	326	163	159	2	148	15
Totaal in 18 jaar.	34613	5015	2214	2174	16	2190	317

BOEKBESCHOUWING.

J. J. L. van den Horn van den Bos, *Colpohysteropexie.* Diss. Leiden 1894.

De Heer van den Horn van den Bos geeft in deze met veel vlijt en zorg bewerkte dissertatie een uitvoerig literatuur-overzicht over alles wat de hechting van den uterus aan de vagina betreft. Een uitvoerig overzicht er van te geven is m. i. voor de lezers van dit Tijdschrift minder noodig, daar ik deze kwestie in den vorigen jaargang behandeld heb. Slechts acht ik mij verplicht den Heer van den Bos de eer te geven, die hem toekomt, dat hij n.l. de literatuur veel zorgvuldiger heeft nageplozen dan ik het een jaar te voren deed, en dat zijn dissertatie zich over het algemeen aangenaam laat lezen. Echter is het een zware taak 120 blz. druks achtereen te moeten doorlezen zonder ergens een halve pagina of zelfs een regel wit als rustpunt te vinden.

C. W. Broers, *De puerperale involutie der uterusspier.* Diss. Leiden 1894.

Onze geachte Collega Dr. van Tussenbroek noemde dit „een goed stuk werk". Waar zij, zóó op de hoogte der mikroskopische techniek, des Heeren Broers werk prijst, kan ik mij slechts bij haar lof aansluiten. Het zij mij vergund op de beteekenis van de kwestie een oogenblik de aandacht der lezers te vestigen.

Kölliker, Kilian en Heschl onderzochten omstreeks het jaar 1850 wat er tijdens de involutie der baarmoeder met de spiervezelen geschiedde. Kölliker's en later Luschka's onderzoekingen, die in hoofdzaak leerden dat de spiervezelen van den baarmoederwand gedurende de zwangerschap hypertrophieeren om in het kraambed weder tot hun vorige volumen terug te keeren, werden, naar het schijnt, vergeten, terwijl de conclusies, waartoe Kilian en Heschl kwamen: gedurende de zwangerschap worden ook nieuwe, spiervezelen gevormd, gedurende het kraambed heeft men naast eene vervetting der oude spiervezelen tevens vorming van nieuwe, in de verloskundige leerboeken ingang vond. De oude spier gaat in het kraambed te gronde, de uterus *na* het puerperium

is een andere, een nieuwe. Waaruit dan echter deze nieuwe spiervezelen moesten ontstaan, als de oude te gronde gingen, was een vraag, waarom men zich weinig bekommerde.

Sänger te Leipzig heeft zich met betrekking tot deze vraag zeer verdienstelijk gemaakt. Als het waar was, betoogde hij, dat nieuwe spiervezelen in den baarmoederwand en het puerperium eerst ontstaan nadat de oude door vervetting zijn te gronde gegaan, dan is het niet mogelijk, dat de gesneden baarmoederwond bij sectio caesarea per primam intentionem geneest. En toch geschiedt dit. Van daar dat een nieuw onderzoek naar de lotgevallen der spiervezelen in het kraambed noodzakelijk was. Sänger onderzocht gedissocieerde vezelen van verschillende tijden van 't puerperium en vond, dat de lengte en breedte geleidelijk afnemen, zoodat de lengte van 158 μ tot 24.4, de breedte van 12.2 μ tot 6 afnam. Wel zag hij vet in de spiervezelen optreden, doch slechts in geringe hoeveelheid, de vettige verandering tast slechts een gering gedeelte van het protoplasma aan, zoodat steeds vorm en omtrek der spiervezelen onveranderd blijven. Op grond hiervan ontkent Sänger dat de spiervezelen afsterven, het is een paratrophisch proces, een inwendige stofwisseling, waardoor de spier wel verandert, maar blijft leven.

Onderzoekingen van Mayor gaven ten naastenbij hetzelfde resultaat. Eenige jaren later (1889) verrichtte Dittrich een nieuw onderzoek vooral aan snede-praeparaten. Hij leidt uit zijn onderzoek af, dat puerperale infectie-processen wel spiervezelen doen te gronde gaan, maar kon geen nieuwvorming constateeren.

Dr. Broers acht een nieuw onderzoek noodig om uit te maken, wat geschiedt bij de puerperale involutie, wanneer geen puerperale infectie of andere ziekteprocessen invloed hebben kunnen uitoefenen. Menschelijke praeparaten zijn slechts zelden te gebruiken, daar een pathologische involutie niet is uitgesloten. Men dient dus evenals reeds Kilian deed, uteri van dieren voor het onderzoek te gebruiken. Dr. Broers koos het konijn en onderzocht zoowel snede-praeparaten als gedissocieerde vezelen. Bij uteri van barende konijnen vond hij vacuolen, vet vond hij wel in het intermusculair bindweefsel, een spiercel met vetbolletjes kon hij niet vinden. Bij den puerperalen uterus 1—2 uren post partum vond hij minder vacuolen, dan bij den barenden. Een à twee dagen later vond hij ook vacuolen in de muscularis van sommige arteriën. De lengte en breedte der spiervezelen was nog niet zeer belangrijk afgenomen, de kernen der spiercellen waren intact, het protoplasma bevatte fijne vetkorreltjes. Later was ook de aanwezigheid van vetkorreltjes duidelijk, terwijl de lengte en breedte der spiervezelen geleidelijk verminder-

den, doch steeds de kern duidelijk bleek. Na den 20sten dag waren slechts geringe verschillen met den normalen uterus waar te nemen, behoudens veranderingen aan den vaatwand.

Dr. Broers meent uit zijne onderzoekingen te mogen afleiden, dat in den regel durante graviditate de vergrooting der spiervezelen niet zóó enorm is als in de handboeken, op Luschka's spoor wordt aangegeven. Indien het regel was, dat de spiervezelen 11 maal langer en 2—5 maal dikker worden, dan moest bij een eenvoudige hypertrophie, de massa van den uterus 44 tot 275 maal toenemen, hetgeen niet het geval is, daar de vermeerdering in volumen slechts 25 maal dat der normale baarmoeder is.

Van hyperplasie der spiervezelen kon hij niets vinden, evenmin als Sänger, ook waarschuwt hij tegen het aannemen er van, indien bij het normale puerperale involutie-proces alle spiervezelen blijven bestaan. En dit meent hij met Sänger en Dittrich in tegenstelling met Kilian en Heschl's opvatting te moeten aannemen. De verkleining der spiervezelen moet worden toegeschreven aan het optreden van vet, doordat een gedeelte van den celinhoud zich in vet omzet, welk vet daarna aan de omgeving wordt afgestaan. Bij het onderzoek naar den inhoud der vacuolen, die verder in het kraambed ook in grooteren getale buiten de spiercellen gevonden werden, bleek dat een verdunde Lugol'sche oplossing den inhoud donkerbruin kleurde, hetgeen het vermoeden opwekte, dat men met glycogeen zou te doen hebben. Bij voortzetting van het onderzoek bleek dat deze door Lugol'sche oplossing donkerbruin gekleurde stof, niet aanwezig was in den normalen, niet puerperalen of zwangeren uterus, daarentegen wel in den uterus durante partu, vooral in de overlangsche spiervezelen. De stof verloor door de inwerking van speeksel hare chemische reactie. Na den vijfden dag is de stof verdwenen. Hieruit meent Dr. B. te mogen afleiden, dat de stof is glycogeen en dat de inhoud der beschreven vacuolen uit glycogeen bestaat. Het verdwijnen van het glycogeen uit de spiercel, het meer en meer optreden van vacuolen in het intermusculaire bindweefsel verklaart naar Dr. B. tevens een ander verschijnsel, n.l. het optreden van lint- in plaats van spoelvormige spiercellen. Deze zijn naar zijn opvatting platgedrukt, doordat hun inhoud naar buiten is getreden en een deel der intercellulaire ruimte inneemt. Het glycogeen-verlies is ook voor een belangrijk deel oorzaak van de verkleining welke de spiervezelen gedurende den eersten tijd van het puerperium ondergaan.

Behalve deze veranderingen in de spiercellen ontstaan ook veranderingen in het intermusculaire bindweefsel en in den wand der bloedvaten. Het intermusculaire bindweefsel is aan het einde der

zwangerschap belangrijk in volumen toegenomen, deels door werkelijke vermeerdering deels door sterke oedemateuse zwelling. Daarbij vindt men reuzencellen, die echter een paar dagen post partum al weer verdwenen zijn. Dat zij, zooals Leopold wil, door het intreden in de lumina der vaten de obliteratie daarvan zouden bevorderen acht Dr. B. onaannemelijk. De involutie van het bindweefsel acht Dr. B. afhankelijk zoowel van het ophouden van nieuwvorming daarvan als van het afnemen der oedemateuse zwelling.

Ten aanzien der bloedvaten wijst hij op drie veranderingen. Terwijl aan het einde der zwangerschap de wand der arteriën gelijkmatig verdikt is ziet men in het puerperium een ongelijkmatige wandverdikking, optreden van vet en vacuolen-vorming. Ook hier heeft men dus oogenschijnlijk hetzelfde proces als aan de gladde spiervezelen van den uterus-wand.

De klinische beteekenis van het involutie-proces der baarmoeder is m. i. dus wel deze, dat bij een volmaakt normaal beloop daarvan *dezelfde* spiervezelen die in de zwangerschap zoo groote veranderingen ondergingen, dezelfde vezelen van den vaatwand ook, weder tot hun vorigen toestand terugkeeren. De vrouw krijgt geen nieuwen uterus gedurende het kraambed, maar de oude blijft. Naar het schijnt kunnen bij pathologische afwijkingen in het kraambed, spiervezelen te gronde gaan, de vorming van nieuwe spiervezelen schijnt echter ook in de zwangerschap te zijn uitgesloten. De toestand waarin dus de baarmoeder verkeert na afloop van een puerperium is van grooten invloed voor den toestand, waarin zij verkeeren *zal* bij een later volgende graviditeit.

NIJHOFF.

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE
in de Vergaderingen van Febr. tot Dec. 1894
DER
NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING
TE AMSTERDAM.

Vergadering van 3 Februari 1894,
op de gynaecologische afdeeling van het Binnengasthuis.
Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Nadat de notulen der vorige vergadering zijn gelezen en goedgekeurd, verkrijgt de Heer van der Meij het woord tot het doen van de volgende mededeelingen.

1°. Vrouw M. geb. H. X-para, 38 jaar.

Pat. werd den 31en Januari 1894 op de gynaecologische afdeeling van het Binnengasthuis opgenomen met klachten over onregelmatige bloedingen, waaraan zij sedert 4 maanden lijdende is.

Op 13-jarigen leeftijd traden de menses op, die verder geregeld om de 4 weken verschenen, 3 dagen duurden, met matig bloedverlies gepaard gingen en onpijnlijk waren. Sinds jaren heeft pat. last van witten vloed. De 1ste zwangerschap, 15 jaar geleden, eindigde met abortus; daarna was pat. nog 8maal zwanger. Van die 8 voldragen kinderen leven thans nog 7.

Urineloozing en defaecatie normaal.

Pat. is in hooge mate anaemisch. Buikwand slap. In het midden van den onderbuik is een week elastische, bewegelijke, gladde tumor te voelen, die in het kleine bekken zich voortzet en tot 2 vingerbreedten onder den navel zich uitstrekt. Uit de vagina vloeit troebel geelbruin, niet foetide riekend vocht.

Bij inwendig onderzoek blijkt de portio vaginalis belangrijk vergroot te zijn. De sterk verdikte voorlip is hobbelig en bloedt gemakkelijk bij aanraking. De veel kleinere achterlip vertoont talrijke knobbels. De door een sterk naar buiten omgekrulden rand omgeven baarmoedermond ligt zeer dicht bij de achterlip. In het voorste scheedegewelf is het sterk geanteflecteerde vergroote baarmoederlichaam te voelen. De portio vaginalis is in alle richtingen goed beweegbaar; in de omgeving van de baarmoeder zijn nergens infiltraten te voelen.

Het speculum-beeld bevestigt hetgeen door de indagatie is waargenomen.

Bij onderzoek per rectum wordt het rectaalslijmvlies overal vrij gevoeld. De rechter plica Douglasii is volkomen vrij; in de linker plica is een kleine, gemakkelijk verschuifbare, harde zweliing te voelen.

Uit de linker mamma — die steeds alleen voor het zoogen werd gebruikt — kan een licht troebel vocht worden gedrukt.

Het microscopisch onderzoek bevestigde de klinisch vastgestelde diagnose van carcinoom van de portio vaginalis uteri.

De vergrooting van de baarmoeder, in overeenstemming met den tijd verloopen sinds het verschijnen van de laatste geregelde periodieke bloeding en de eigenaardige elastische weekheid van het vergroote baarmoederlichaam doen verder de diagnose stellen op zwangerschap. Van de aanwezigheid van een vrucht was evenwel niet het minste te bespeuren. Het uit- en inwendig onderzoek was in dit opzicht volkomen negatief; ook het circulatie-geruisch was niet te hooren.

Aan het verzoek om pat. te onderzoeken wordt door enkelen gevolg gegeven.

Spr. gaat vervolgens in den breede na welke behandeling bij deze ernstige complicatie der zwangerschap moet worden ingesteld. Volgens hem is in dit geval aangewezen zoo spoedig mogelijk den uterus te exstirpeeren. De ervaring toch heeft geleerd, dat zwangerschap en nieuwvorming wederkeerig op elkander een zeer ongunstigen invloed uitoefenen. Behoudens een hoogst enkele uitzondering breidt het carcinoom tijdens de zwangerschap zich zeer snel uit en de aandoening, aanvankelijk gelocaliseerd op de portio vaginalis of het collum uteri gaat op het onderste baarmoeder-segment en op de parametriën over. Dat hierdoor het voortbestaan der zwangerschap ernstig wordt bedreigd, bewijzen de talrijke gevallen van abortus en van vroeggeboorte. Bereikt de zwangerschap, niettegenstaande de nieuwvorming zich uitbreidt het normale einde, zoo staan èn de moeder én het kind bij de baring de grootste gevaren te wachten. Spr. herinnert aan de uitspraak van Barbulée, die in zijne „thèse" „de la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches". Paris 1884, getoond heeft een beslist tegenstander te zijn van ingrijpen tijdens de zwangerschap en „comme règle absolue" den eisch heeft gesteld nimmer het kind op te offeren. Spr. bestrijdt dit standpunt en meent dat in die gevallen, waarin gegronde hoop bestaat het leven der moeder door radicale verwijdering der nieuwvorming te behouden de exstirpatie aangewezen is. Is de aandoening

reeds ver voortgeschreden en daarmede de mogelijkheid van volkomen verwijdering van het ziekelijk aangedane weefsel uitgesloten, dan moet zeer zeker het streven zijn het leven der vrucht te behouden; dan onthoude men zich ook van ingrijpende maatregelen, die den loop der zwangerschap zouden kunnen storen.

In het door Spr. medegedeelde geval echter zijn de voorwaarden voor volkomen verwijdering der nieuwvorming zeer gunstig; door afwachten wordt aan de vrouw de kans op radicaal herstel ontnomen. Pat. is moeder van 7, voor het meerendeel nog zeer jeugdige kinderen, die hare zorgen niet kunnen missen en inhumaan acht Spr. het, ter wille van de nog niet geboren vrucht, waarvan het allerminst zeker is dat zij tot volledige ontwikkeling zal komen, die gunstige kansen te laten voorbijgaan.

Dit gevoelen wordt door het meerendeel der aanwezigen gedeeld; alleen Dr. Mendes de Leon acht, met het oog op het leven der vrucht en de z. i. geringe kans op radicaal herstel der vrouw, afwachten geoorloofd. Prof. Treub acht afwachten integendeel ongeoorloofd; hij meent dat de eenig juiste wijze van handelen in het onderhavige geval is de exstirpatie van den uterus en wel per vaginam, na verwijdering van de carcinoom-massa en verkleining van den uterus door punctie van de eivliezen.

Dr. Aalbertsberg is het met deze uitspraak geheel eens, maar acht het, met het oog op den debielen toestand van patiënte, wenschelijk met de operatie nog eenigen tijd te wachten, ten einde pat. in de gelegenheid te stellen wat op krachten te komen. Ook Dr. Nijhoff raadt aan nog eenigen tijd te wachten en geeft in overweging alsdan de operatie in 2 tempo's te verrichten, nl. eerst de arteriae uterinae te onderbinden en later den uterus te exstirpeeren.

Hiertegen merkt Prof. Treub op, dat met het onderbinden van de art. uterinae het grootste en gewichtigste deel der operatie is verricht en derhalve geen bezwaar bestaat daarop onmiddellijk de verwijdering van den uterus te laten volgen.

De Heer van den Meij ziet in een korten tijd afwachten geen bezwaar, maar acht het overigens in het belang van pat. zoo spoedig mogelijk tot de totaalexstirpatie over te gaan; z. i. is deze operatie geene, waarbij een belangrijk bloedverlies is te duchten. Wat betreft de door enkele leden gestelde vraag of het niet beter is eerst abortus op te wekken en later de totaalexstirpatie van den uterus te verrichten, meent Spr. dat deze weg veel minder kansen van goeden afloop aanbiedt. Het opwekken van den abortus toch is volstrekt niet zulk een eenvoudige zaak; de uitdrijving van de vrucht kan vooral door den grooten tegenstand van de geïnfiltreerde wanden van het halskanaal en van de verharde randen van den baar-

moedermond zeer lang duren en zal waarschijnlijk met groot bloedverlies gepaard gaan, hetgeen bij den ongunstigen toestand, waarin pat. reeds verkeert, levensgevaarlijk kan zijn.

Verder doet Spr. mededeeling van het volgende geval. Pat. 22-jarige ongehuwde vrouw wordt 9 Dec. 1893 in de kliniek opgenomen.

De anamnese leerde het volgende:

Omstreeks half April kreeg pat. op een middag temidden van volkomen welbevinden hevige pijn in den buik, gepaard met gevoel van koorts. Zij had in het laatste jaar slechts 3maal gemenstrueerd en juist 8 dagen te voren hevig gevloeid. De menstruatie trad op 16-jarigen leeftijd op, was steeds ongeregeld, zeldzaam en kort van duur.

Zoo vaak de tijd der menstruatie daar was, kreeg pat. pijn in den buik, die ook in omvang toenam; met het ophouden der periode verdwenen die verschijnselen weer van lieverlede. Uit de opgaven van pat. schijnt te blijken dat de pijn bij elke opvolgende menstruatie niet heviger werd. De laatste menstruatie was 17 weken geleden, verschenen. Na den aanval van hevige buikpijn in April werd pat. tehuis 5 weken lang behandeld met laxantia; de toestand werd onder deze behandeling steeds ongunstiger; vooral in de laatste 14 dagen is pat. bijzonder achteruit gegaan.

Pat. had dikwijls last van pijn tijdens en na de urineloozing. Ontlasting traag.

Pat. is tenger gebouwd, mager en ziet zeer lijdend uit. Onderbuik opgezet; in het linker hypogastrium is een ronde, vrij scherp omschreven weerstand te voelen, ter grootte van een kinderhoofd, reikende tot het midden van de liesplooi en de linea alba naar rechts iets overschrijdende.

Hymen aanwezig; vagina nauw; portio vaginalis conisch van vorm; door het achterste scheedegewelf is een bijna pinkdikke streng te voelen, verloopende in dwarse richting. In het voorste scheedegewelf voelt men een elastischen weerstand, die bij gecombineerd uit- en inwendig onderzoek het gevoel van deining geeft. De portio vaginalis maakt de beweging van deze tumor-massa onmiddellijk mede, terwijl de rolvormige weerstand achter de portio vaginalis zulks niet doet.

Wegens de spanning van den buikwand gelukt het niet om uit te maken of de elastische tumor het vergroote baarmoederlichaam of een met den uterus verbonden tumor-massa is.

Aan de longen en aan het hart zijn geen afwijkingen te constateeren.

11 dagen, nadat pat. in de kliniek was opgenomen, werd het onderzoek — thans in chloroform-narcose — herhaald.

Hierbij bleek dat het baarmoederlichaam niet vergroot was, naar rechts verdrongen door een scherp omschreven, innig met den uterus samenhangenden tumor. Bij hoog opdringen in het rectum is een scherp defect in het rectaalslijmvlies te voelen. Het onderzoek werd gevolgd door een koortsaanval met koude rillingen, waarbij de temperatuur steeg tot 40° C.

In de aan het onderzoek voorafgaande dagen had pat. een enkelen maal een koortsaanval gehad, waarbij de temperatuur echter niet hooger gestegen was dan tot 38°.6 C.

10 dagen achtereen hield de koorts aan met een ochtend-temperatuur van 36°.8—37°.2 C. en een avond-temperatuur van 40°—38°.3 C. Na dien tijd trad slechts nu en dan een aanval van koorts op; de algemeene toestand wordt intusschen ongunstiger, waarom Spr. besloten heeft te beproeven langs operatieven weg pat. te helpen.

Vergadering van 24 Februari 1894,
op de gynaecologische afdeeling van het Binnengasthuis.

Voorzitter: Dr. P. J. BARNOUW.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Na behandeling van de gewijzigde concept-statuten der „Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging" verkrijgt de Heer van der Meij het woord, die mededeelt dat hij heden-middag de totaal-exstirpatie heeft verricht van den zwangeren, carcinomateus gedegenereerden uterus, waarvan in de vorige vergadering melding is gemaakt.

Den 7en Februari was door Dr. Koch, assistent der gynaecologische afdeeling het carcinomateuse weefsel met den scherpen lepel en de schaar zooveel mogelijk verwijderd. Hoewel daarbij nauwkeurig de antiseptische voorzorgsmaatregelen waren in acht genomen, reageerde pat. op dit ingrijpen met eene belangrijke temperatuursverhooging. Spr. besloot daarom voorloopig af te wachten.

Hij stelde de operatie vast op den dag, waarop de gynaecologische vereeniging zou vergaderen om de leden in de gelegenheid te stellen de operatie bij te wonen. Aan de uitnoodiging daartoe gaven gehoor Dr. Aalbertsberg, Dr. Doorman, Dr. Barnouw, Dr. Krüseman, Dr. v. d. Poll en Dr. Nijhoff.

In de eerste plaats werd beproefd door punctie van de eivliezen het vruchtwater te doen afloopen, ten einde het volumen der zwangere baarmoeder te verminderen. De nauwte van den inwendigen baarmoedermond verijdelde echter die pogingen; ook na het invoeren van een baarmoeder-sonde en van eene gewone gesleufde sonde bleven de vliezen intact.

Het broze weefsel van de portio vaginalis en van het supravaginale gedeelte van de cervix uteri scheurde bij het naar beneden trekken gemakkelijk door.

Ten einde beleediging van de blaas te voorkomen werd zoo dicht mogelijk aan den uterus het weefsel deels door stomp geweld, deels met de schaar gescheiden.

In het onderste gedeelte van den voorwand van het baarmoederlichaam, juist boven het sterk vernauwde ostium internum, ontstond hierbij eene opening, waarin de vochtblaas uitpuilde. De blaas werd ingeknipt, waarna een vrij groote hoeveelheid wankleurig vruchtwater met kracht werd ontlast.

Spr. ging met 2 vingers door de opening in den uterus en vond in het bovenste gedeelte van de baarmoederholte, hoog tegen den fundus, de vrucht die door het afhalen van een voetje gemakkelijk werd geëxtraheerd. De vermindering in omvang der baarmoeder was hierna zoo groot, dat de geheele uterus met de adnexen van beide kanten geheel buiten de vulva konden worden gebracht en de onderbinding der baarmoederbanden uiterst gemakkelijk kon geschieden. De geheele operatie was in ongeveer 40 minuten afgeloopen; de narcose, waartoe 17 gram chloroform noodig waren geweest, was volkomen en ongestoord [1]).

Spr. demonstreert de vrucht, wier lengte 26 ctm. bedraagt (met een gewicht van 350 gram) en den geëxstirpeerden uterus met de beide tubae en ovaria. De placenta bevindt zich nog in toto in den uterus en is nog geheel aan den baarmoederwand vastzittende. De placenta is omgeven door een eigenaardigen dikken wal. Mej. v. Tussenbroek verklaart zich bereid het praeparaat aan een nauwkeurig onderzoek te onderwerpen.

Omtrent de 2e patiënt, van wie in de vorige vergadering sprake was, kan Spr. het volgende mededeelen.

Den 8en Febr. 1894 werd de laparotomie verricht. Na opening van de peritoneaalholte vertoonde zich een ruim kinderhoofd groote tumor, die de niet vergroote baarmoeder sterk naar rechts had verdrongen en, zoowel met den uterus als met de omgevende darmlissen zeer innig was vergroeid.

Het losmaken dier adhaesies was met zeer veel moeite en gevaar voor scheuring van de darm-serosa verbonden. Niettegenstaande de grootste voorzichtigheid ontstonden op 2 plaatsen uitgebreide scheuren in de darm-serosa, die met eenige geknoopte darm-hechtingen werden gesloten. Bij de verdere poging tot losmaken der cyste scheurt de wand en ontlast zich een groote hoeveelheid dikke, sterk stinkende

[1]) Ruim anderhalf jaar na de operatie zijn nog geen duidelijke verschijnselen van recidief waar te nemen. De algemeene toestand der vrouw was zeer bevredigend.

etter, waarvan 't meerendeel op sponzen wordt opgevangen. Na verwijdering van het bovenste gedeelte van den cyste-wand, wordt de holte zorgvuldig gereinigd en daarna opgevuld met jodoformgaas, waarvan het uiteinde door den ondersten wondhoek naar buiten wordt geleid.

De adnexen aan den rechter kant bleken evenzeer, doch in veel geringere mate, te zijn aangedaan. Het was intusschen niet mogelijk deze te verwijderen.

De operatie had circa $1^1/_2$ uur geduurd, waarbij eene hoeveelheid van ongeveer 30 gram chloroform was verbruikt.

De temperatuur die des morgens vóór de operatie 38°.3 C. bedroeg, daalde des avonds tot 37°.3 met eene pols-frequentie van 108. Onder toenemende polsversnelling bij eene temperatuur van hoogstens 37°.9, trad circa 36 uur na de operatie de exitus letalis in.

De autopsie leerde het volgende: peritonitis acuta; de darmlussen overal met dikken roomachtigen pus bedekt; op zeer vele plaatsen bestaan tusschen de darmen oude vergroeiingen. De cyste-wand is met de niet vergroote baarmoeder innig verbonden; niet met zekerheid is uit te maken of de cyste van de tuba of van het ovarium uitgaat. De rechter tuba is tot pinkdikte uitgezet; het rechter ovarium is purulent verweekt.

Het rectum wordt aan de achterzijde opengeknipt; op een afstand van $7^1/_2$ ctm. van den anus wordt aan de voorzijde van het rectum een fistel-opening gevonden die den vingertop toelaat. Een dikke sonde wordt door de opening gebracht en leidt tot het rechter purulent verweekte ovarium, dat met tallooze tuberkels is bedekt. Waarschijnlijk vindt het niet aanwezig zijn van een etter-cyste aan den rechter kant zijne verklaring in de fistuleuse communicatie van het rechter ovarium met het rectum.

Naar aanleiding van deze mededeeling vraagt Dr. Nijhoff of het niet beter geweest ware, toen na de opening van de buikholte de gecompliceerde verhouding van de tubo-ovariaalcyste tot de omgeving was gebleken, den buik weder te sluiten en langs vaginalen weg den etter te ontlasten.

Deze vraag wordt ontkennend beantwoord door Spr. en door Prof. Treub, die verder krachtig de meening bestrijdt van den Heer ten Cate Hoedemaker om in gevallen als het beschrevene de methode van Schauta te volgen. De Heer Treub zegt dat bij deze operatie-methode de resultaten dikwijls bedroevend zijn.

Hierna vertoont Mej. Dr. van Tusschenbroek met het scioptiocon eenige microscopische praeparaten en licht deze uitvoerig toe.

— —

Vergadering van 10 Maart 1894, op de gynaecologische afdeeling van het Binnengasthuis.

Voorzitter: Dr. D. KRÜSEMAN.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Nadat de notulen der vorige vergadering zijn gelezen en goedgekeurd verkrijgt Dr. Nijhoff het woord die een voordracht houdt over eene nieuwe methode van behandeling bij placenta praevia [1]).

Spr. deelt mede, hoe hij in een geval van placenta praevia centralis wegens heftige bloeding de placenta wilde doorboren om de gecombineerde keering te verrichten en met een voet te tamponneeren.

De doorboring der placenta met 2 vingers ging zeer gemakkelijk; het gelukte echter niet door drukking het amnion te verscheuren, daar het voor den druk der vingers uitweek. Het kind lag met den schedel voor; tijdens een wee puilde het amnion als een vochtblaas in de gemaakte opening der placenta uit. Spr. meende van deze omstandigheid partij te kunnen trekken en aan het amnion tegelijkertijd de verwijding van den baarmoedermond en de stelping der bloeding te kunnen opdragen. Hij besloot derhalve af te wachten en tamponneerde zekerheidshalve de vagina met jodoformgaas. Behalve eene geringe hoeveelheid bloed, die terstond afliep, kwam geen bloed meer voor den dag. Spoedig traden weeën op, die van lieverlede in kracht en duur toenamen. 9 uur na de doorboring der placenta braken de vliezen, en liep een vrij groote hoeveelheid licht bloedig gekleurd vruchtwater af, waarna de weeën geruimen tijd uitbleven. 12 uur na het breken der vliezen werd door eenige krachtige weeën, eerst de jodoformgaas-tampon en onmiddellijk daarna het geheele kind uitgedreven. Het kind was voldragen en krachtig ontwikkeld; het opende onmiddellijk de oogen, doch had meconium geloosd. In het warme bad gebracht begon het dadelijk te schreeuwen. Aan den uitgedreven tampon bevond zich slechts weinig bloed. Een half uur na de geboorte van het kind kreeg de vrouw nageboorte-weeën en werd bij de derde wee de placenta uitgedrukt. Het bloedverlies vóór en na de verwijdering der nageboorte was zeer gering; de toestand der vrouw liet niets te wenschen over; het kraambed verliep ongestoord.

De placenta vormt met de eivliezen een zak, die slechts ééne opening vertoont, waar door heen het kind was uitgedreven. Die scheur in de eivliezen deelde de placenta in 2 deelen, van welke de eene ongeveer dubbel zoo groot was als de andere. De navel-

---

[1]) Deze voordracht is reeds in extenso verschenen in de 2e aflevering van dezen jaargang.

streng is geïnsereerd ongeveer in het midden der grootere helft. Een groote tak van de navelvaten loopt van de grootere naar de kleinere helft en vormt de eenige verbinding tusschen de beide deelen der placenta.

Uit het medegedeelde blijkt dat de vochtblaas, alleen gevormd door het zeer stevige en los met de placenta samenhangende amnion, op uitstekende wijze als intra-uterine tampon heeft gewerkt, dat door de weeën eenige uren later de vochtblaas gebersten en de vrucht door de scheur heengedreven is. Waarschijnlijk is de vochtblaas eerst gebroken toen èn de scheur in de placenta èn de ontsluiting van den inwendigen baarmoedermond beide zeer groot geworden zijn. Spr. kan dit niet positief zeker zeggen, daar hij bij het breken van de vochtblaas den tampon niet wilde verwijderen, maar hij meent dat door de gecombineerde werking van den druk der gespannen vochtblaas en van de trekking aan de peripherie van de placenta de scheur verwijd is. Hierdoor bleef de placenta voor het grootste gedeelte met den baarmoederwand verbonden; terwijl de bloeding verminderde werd de placentaircirculatie zoo weinig gestoord, dat de vrucht bijna 24 uren na de doorboring der placenta levend en in niet asphyctischen toestand geboren werd.

Spr. ziet in de door hem gevolgde handelwijze eene rationeele methode ter behandeling van de placenta praevia. Zoodra de inwendige baarmoedermond voor 1 of voor 2 vingers toegankelijk is, doorbore men de placenta voorzichtig en trachte het amnion te sparen. Het amnion wordt, zoover de vinger of de vingers reiken, van de placenta losgemaakt. Door wrijven van den fundus uteri door den buikwand worde een wee opgewekt, die het amnion blaasvormig in de scheur der placenta doet uitpuilen.

Men wachte dan rustig het verdere beloop der baring af, nadat men onder antiseptische voorzorgsmaatregelen de vagina goed met jodoformgaas heeft getamponneerd. Wordt het amnion toevallig ook doorboord, dan moet de gecombineerde keering op een voet en het afhalen van de heupen in het onderste uterus-segment terstond volgen.

De waarde der door Spr. aanbevolen methode kan natuurlijk eerst door de praktijk worden bepaald. Er zullen ongetwijfeld gevallen zijn, waarin die methode niet kan toegepast worden. Spr. waarschuwt bijv. voor de gevallen, waarin de doorboring der placenta slechts met moeite tot stand komt. De mogelijkheid toch zou bestaan, dat de samenhang van de ingescheurde placenta nog grooter is dan de verbinding tusschen placenta en baarmoederwand en ook de druk der blaas niet voldoende is om de scheur te verwijden. Losmaking van de placenta met hernieuwde bloeding zou daarvan het

noodzakelijk gevolg zijn. Wordt door de ervaring bevestigd, dat op de besproken wijze de bloeding snel tot staan komt, dan mag verwacht worden dat het leven der vrucht door deze methode minder in gevaar wordt gebracht dan door eenig andere, omdat niet alleen het losmaken der placenta tot een minimum gereduceerd wordt, maar ook de vochtblaas zal kunnen behouden blijven tot de baarmoedermond volkomen is verwijd.

Vergadering van 14 April 1894,
in de gynaecologische kliniek van het Binnengasthuis.

Voorzitter: Dr. H. C. F. L. AALBERTSBERG.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Dr. Franz Neugebauer te Warschau wordt met algemeene stemmen tot buitenlandsch correspondeerend lid benoemd.

Dr. Nijhoff demonstreert een foetus van circa 4 maanden bij wien de navelstreng aan het naveleinde sterk was getordeerd. Daar de navelader in het gedeelte tusschen de getordeerde plek en de placenta sterk opgespoten is, meent hij hierin wel niet een bewijs, maar dan toch een argument te moeten zien voor de onderstelling, dat de torsie intra vitam foetus zou zijn ontstaan en dus, bij het ontbreken van andere afwijkingen, die den dood van het kind verklaren, als doodsoorzaak zou mogen worden aangenomen. Hiermede wil hij echter volstrekt niet beweren, dat in *elk* geval torsies van de navelstreng intra vitam zouden zijn ontstaan. Het bewijs daarvan levert wel een ander kleiner foetus, waarbij de geheele navelstreng tot een dun koordje is samengewrongen. Ongetwijfeld zal een éénmaal getordeerde streng post mortem verder kunnen tordeeren: de vraag is slechts of de eerste torsie tijdens het leven van de vrucht mogelijk is, hetgeen door sommigen o. a. Runge wordt ontkend.

Naar aanleiding van de vraag van Mej. Dr. van Tussenbroek of de stuwing in de navelstreng niet het gevolg kan geweest zijn van de torsie, antwoordt Dr. Nijhoff dat het z. i. even moeielijk is om te verklaren hoe een navelstreng kan tordeeren post mortem foetus als, aan den anderen kant, hoe deze wringing bij het leven ontstaande spoedig weer terug zou moeten gaan door de elasticiteit van de scheede van de navelstreng.

Prof. van der Meij oppert het vermoeden, dat verplaatsing van de Wharton'sche gelei met daaropvolgende rekking van de navelstrengscheede aanleiding kan geven tot torsie van het daaronder gelegen, geleiarmere gedeelte en zoodoende tot den dood der vrucht.

Curiositeitshalve deelt Dr. Nijhoff nog mede hoe in de 2e editie

van het leerboek van Cazeaux (1845) wordt medegedeeld, dat de navelstreng op allerlei plaatsen van het lichaam kan insereeren. Zoo leest men op pag. 199 „L'une des extremités du cordon, avons nous dit, s'insère à l'ombilic de l'enfant, l'autre sur un des points de la surface foetale du placenta; cependant cela n'a pas toujours lieu. Des faits trop nombreux prouvent en effet que le cordon peut s'insérer sur la tête, le cou, les épaules et autres parties du tronc de l'enfant, pour qu'on puisse ne pas en admettre au moins quelques unes, tel est celui par example que M. Jules Cocq a eu occasion d'observer en Bruxelles".

Dr. van de Poll demonstreert een carcinomateus gedegenereerden uterus; per vaginam geëxstirpeerd bij eene 41 jarige virgo met hymen intactum en bespreekt de daarbij door hem gevolgde operatie-methode.

Dr. Aalbertsberg vertoont hierna:

1°. een kinderhoofdgroot myoom der baarmoeder door de laparotomie volgens de Freund'sche methode verwijderd.

Pat., een 37 jarige krachtig gebouwde vrouw, sedert 12¹/₂ jaar gehuwd, leed sedert geruimen tijd aan sterk bloedverlies en belangrijke purulente afscheiding, die haar zeer hebben verzwakt; zij is in hoogte mate anaemisch. Pat. is nimmer zwanger geweest. Introitus vaginae zeer nauw, collum uteri klein; in de ruimte van Douglas is door het achterste scheedegewelf een harde, ronde weerstand te voelen, die met den uterus in onmiddellijken samenhang staat.

Uterus kinderhoofdgroot, hard en knobbelig op 't aanvoelen, bewegelijk, niet pijnlijk.

20 Febr. totaalexstirpatie volgens Freund in Trendelenburg'sche ligging. Na nauwkeurige desinfectie van vagina en buikwand wordt de buik geopend van de symphysis pubis tot den navel; bij opening van de peritoneaalholte blijkt de vesica urinaria zeer hoog met den buikwand en den tumor vergroeid te zijn; na losmaking der adhaesies kon de tumor buiten de buikholte gebracht worden. Het meerendeel der groote knobbels was intraligamenteus ontwikkeld, de rechter breede band verliep als een dikke, sterk gespannen streng van boven naar beneden over den tumor; de rechter breede band wordt in 2 gedeelten onderbonden en doorgesneden; daarna kunnen het ovarium en de tuba dier zijde worden afgebonden. Aan den linker kant ligt de tumor-massa geheel in den breeden band; het ovarium is niet te bereiken. De uterus wordt van de tuba losgemaakt en na vele omstekingen geheel tot aan de vagina van de omgeving geisoleerd.

Het peritoneale bekleedsel der baarmoeder aan de voorzijde wordt gekliefd en stomp tot aan de vagina teruggeschoven, de uterus naar

voren omgekanteld en talrijke vergroeiingen met darmlissen losgemaakt. Daar het kleine collum uteri zeer moeielijk is door te voelen brengt Dr. Gersen een vinger in de vagina, bij het incideeren wordt ongelukkig het rectum geopend; terstond worden 2 Péan'sche klempincetten aangelegd. Op den uterus insnijdende en deels met stomp geweld wordt de vagina geopend en na omsteking de myomateuse uterus van de vagina losgeknipt; alleen aan de voorzijde werd de vaginaalwand eerst doorgeknipt en daarna omstoken; hierbij ging de ligatuur om de art. uterina aan de linkerzijde los; de sterke bloeding die hierna optrad werd terstond door het vatten en het afbinden der arterie tot staan gebracht. Bij de darmhechting wordt de mucosa met catgut en de serosa met fijne zijden draden gehecht. Nadat op den beleedigden darmwand een stukje jodoformgaas was gelegd, werden alle draden door de vagina naar buiten geleid en daarna de buikwand gesloten.

De operatie duurde bijna 2 uren. Het verloop was zeer gunstig; de hoogste temperatuur — den avond van den eersten dag — was 38°, later niet hooger dan 37° C. 10 dagen na de operatie werden de hechtingen van den buikwand weggenomen. Genezing per prim. int.

2°. 49 jarige ongehuwde vrouw, lijdende aan drukverschijnselen van den kant van de blaas en van het rectum en aan belangrijke nerveuse stoornissen tengevolge van fibromyomata uteri.

Uterus belangrijk vergroot, reikende met den fundus tot 3 centimeter onder den navel, hard en knobbelig op het aanvoelen; de adnexen links zijn niet te voelen, aan den rechterkant bieden zij geene palpabele afwijkingen aan. Vagina nauw en lang; portio vaginalis en collum uteri matig breed.

15 Maart 1894 werd in Trendelenburg'sche ligging de totaalexstirpatie verricht volgens Freund. Na doorsnijding van den dikken buikwand in de linea alba en opening van de peritoneaalholte, maakte Spr. gebruik van de Fritsch'sche buik-specula, waardoor het operatie-veld uitstekend was te overzien. De uterus wordt buiten de buikholte gebracht, waarbij de breede banden sterk gespannen werden. Pat. verviel in den toestand van syncope, het duurde langen tijd alvorens na kunstmatige ademhaling, de respiratie weder normaal werd. De operatie werd toen voortgezet; de blaas was zeer gemakkelijk terug te schuiven. De opening van de vagina bood geen moeilijkheden, na snelle ontsteking en doorknippen wordt de uterus verwijderd; de draden worden door de vagina naar buiten geleid en daarna de wond in den buikwand gesloten.

De operatie had 40 minuten geduurd. Het verloop was zeer gunstig; alleen de syncope heeft nog lastige naverschijnselen gegeven.

Beide patienten maken het tot nu toe volkomen wel.

Naar aanleiding van deze mededeelingen ontspint zich eene discussie over de waarde dezer operatie-methode. Prof. Treub spreekt als zijne meening uit dat de Heer Aalbertsberg die methode wel spoedig weer zal verlaten.

Prof. Van der Meij deelt mede dat hij bij eene patiente onlangs met goed gevolg voor moeder en kind de *sectio caesarea* heeft verricht. Pat., voor de 1ste maal zwanger, vertoonde eene zeer belangrijke asymmetrie van het bekken van dien aard, dat de eene bekkenhelft voor het doorlaten van eenig kindsdeel geheel waardeloos was geworden.

Het verloop was volkomen ongestoord.

Prof. Treub voldoet aan het verzoek pat. te onderzoeken en verklaart het geheel eens te zijn met de gestelde diagnose en de indicatie tot de verrichte kunstbewerking.

Prof. Treub doet hierna de volgende mededeelingen:

Den 16den Januari 1894 werd ik geroepen bij mevrouw N. N. De echtgenoot, tevens de medicus der patiente vertelde mij het volgende. Patiente, 27 jaar oud is sinds een jaar gehuwd. Reeds sinds jaren had pat. een tumor in den buik, die tot ongeveer den navel reikte en geen hinder veroorzaakte. Wat pat. het meest getroffen had was dat de buik tijdens de periode „scheef" werd. Menses geregeld, niet profuus. Voor ruim drie maanden was patiente zwanger geworden. In den beginne geen stoornissen. Voor 5 weken waren verschijnselen van peritonitis opgetreden. Koorts, pijnlijkheid van den buik aan weerszijde van het gezwel, misselijkheid, braken. Daarbij zou het gezwel grooter geworden zijn. Vijf dagen later abortus. Foetus en placenta kwamen spontaan achter den in de vagina gebrachten jodoformgaas-tampon voor den dag. Ter bestrijding der vrij aanzienlijke bloeding werd secale gegeven. Een paar dagen later begon er zeer stinkende afscheiding uit de vagina te komen. Daartegen zijn eerst een paar intra-uterine, later alleen vaginale irrigaties gemaakt. De afscheiding is gaandeweg eer erger dan beter geworden.

Patiente heeft voortdurend gefebriciteerd (temperatuur niet opgenomen), is in algemeenen gezondheidstoestand zeer achteruitgegaan en heeft de laatste weken vrij profuse diarrhoe. De temperatuur was in de laatste vijf dagen opgenomen en schommelde tusschen 38°,5 en 39°,5.

Ik vond een mager, bleek vrouwtje. Pols klein, week, snel, 120 à 130 slagen per minuut. Tong rood, vrij vochtig. In abdomine half weeke, mediaan gelegen tumor, reikende tot 2 à 3 vingers boven den navel. Aan den bovenrand en de bovenzijranden waren met

het gezwel vergroeide darmen te voelen. Vulva en binnenvlakte der dijen sterk geïrriteerd. Portio klein, o. e. gesloten. Uterus, bij de zeer gevoelige vrouw, bij welke bimanueele palpatie onmogelijk was, niet te voelen. In vagina zeer stinkende, vuilbruine afscheiding.

Besloten werd eerst in narcose den uterus uit te krabben en dan tevens nader den tumor te onderzoeken en al naar het resultaat van dat onderzoek de later te volgen gedragslijn te bepalen.

Volgenden dag narcose. Daarbij bleek ten eerste, dat de tumor niet fluctueerend maar solide was, vervolgens, dat ook nu de uterus niet afgescheiden van het gezwel te voelen was, zoodat er klaarblijkelijk een innig met de baarmoeder samenhangend fibromyoom bestond. Dilatatie van het cervikaalkanaal met Hegar'sche dilatatoria. De dilatatie kon niet zoover worden voortgezet tot de vinger in den uterus kon dringen, daar weldra de weeke cervikaalwand door het verwijdende instrument werd ingescheurd, zooals èn door het oor èn door de dilateerende hand kon worden waargenomen. Met de ingebrachte curette werden stukken geelwit, etterig beslagen weefsel voor den dag gehaald, waarvan de aard, bij mikroskopisch onderzoek niet recht duidelijk was. Steeds kwamen er van die weefselbrokken naar buiten en de curette drong hoe langer hoe dieper naar binnen. Hij werd mij nu duidelijk dat ik bezig was in of rond een veretterend myoom te krabben, en dat het dus zoo onmogelijk zou zijn patiënte zelfs maar op weg van genezing te brengen. Ik besloot dus den volgenden dag de laparotomie te verrichten en daarbij te beproeven den uterus met het gezwel te verwijderen.

Van de eerste narcose had patiënte weinig last gehad, zoodat zij den volgenden dag, alleen wat verzwakt door het vrij overvloedige bloedverlies bij het curettement weer kon genarcotiseerd worden. Incisie in de mediaanlijn, reikende van even boven de symphysis tot aan den navel en toen het bleek dat daarmede de tumor niet voldoende voor den dag kwam, onmiddellijk tot een paar vingerbreedten voorbij den navel verlengd. Aan de voorvlakte van het gezwel, dat de zeer, maar gelijkmatig vergroote uterus bleek te zijn, waren gemakkelijk te verscheuren adhaesies met den voorsten buikwand. Zooals reeds door de palpatie was geconstateerd, bestonden er breede vergroeiingen tusschen den tumor en de omgevende darmlissen, die bleken dikdarmlissen te zijn. Allereerst werd begonnen met voorzichtige pogingen om die adhaesies los te maken en wel door met een wattendot den darm terug te schuiven. Hoe voorzichtig deze pogingen ook geschiedden, toch hadden zij een zeer ongewenscht gevolg, dit namelijk, dat er aan den bovenrand van den vergrooten uterus een gat in den zeer dunnen en weinig resistenten uterus-wand

ontstond. Zooveel mogelijk werd getracht den uitvloeienden, stinkenden uterus-inhoud buiten de buikholte te houden en daarop beproefd of misschien van onderuit de vergroeiingen zonder gevaar los te maken waren. Dit bleek echter geheel onmogelijk, wilde ik niet een hier volkomen ongeoorloofd geweld gebruiken. Van de voorgenomen supravaginale amputatie van den uterus kon derhalve in het geheel geen sprake zijn en moest een geheel andere weg worden ingeslagen. Ik kliefde den voorsten uterus-wand mediaan om te trachten den tumor, dien ik voor een intramuralen hield, te enucleeren. Zoodra de uterus geopend was, sneed ik uit het blootliggende stuk van het gezwel een klein gedeelte om aan den rand van de daardoor ontstaande opening een dubbelgetande tang te kunnen aanzetten. Toen ik nu met de tang den tumor begon op te lichten, bleek dat ik het geheele gezwel, dat los in den uterus lag, naar buiten kon halen en verwijderen, wat dan ook geschiedde.

De binnenvlakte van den uterus, waarvan de achterwand dikker scheen dan de voorwand was geheel bedekt met een dik geel-etterig beslag. Zoo nauwkeurig mogelijk werd nu de rand van de uteruswond aan den buikwondrand gehecht, deels met geknoopte, deels met matrashechtingen. Vooral aan de bovenzijde moest dit met groote omzichtigheid geschieden, daar de gescheurde uterus-wond onmiddellijk aan de darmen grensde. Nadat de beide wondranden zoo nauwkeurig mogelijk vereenigd waren, werd de rest van de buikwond met eenige hechtingen gesloten en daarop het cavum uteri stevig met jodoformgaas getamponneerd. Patiënte werd in een verwarmd bed gebracht. De tumor was een afgrijselijk stinkend necrotisch fibromyoom, waaraan zelfs de insertie-plaats van den steel niet te herkennen was.

Patiënte maakte het de volgende dagen zeer bevredigend. Wel was de pols nog sneller dan hij geweest was, namelijk altijd tusschen 100 en 120, en was de tong weer drooger maar braken deed pat. niet en er kwamen flatus, terwijl van gevoeligheid van het peritoneum rondom den vastgehechten uterus geen sprake was. Den vierden dag na de operatie kreeg ik bericht dat er faeces door het verband naar buiten kwamen en er bleek ergens aan de bovenzijde van den uterus-wondrand eene communicatie met den darm te bestaan. Of die communicatie spontaan ontstaan was, dan wel haar ontstaan te danken had aan de hechtingen was niet uit te maken. De uterus-holte werd zoo goed mogelijk gereinigd en daarna een kleinere tampon er in gebracht, zoodanig dat de darm-communicatie vrij bleef. Daarvoor werd een tweede tampon geplaatst, die geregeld door de verpleegster verwisseld kon worden als hij vuil was, terwijl de diepere tampon slechts eenmaal daags door Dr. Korteweg,

die nu de patiënte met mij behandelde, zou worden verwisseld. Tweemaal 24 uur later begon pat. 'avonds te hoesten, terwijl haar temperatuur hooger steeg dan zij de laatste dagen gedaan had. Daarbij was de pols ook veel slechter, nauwelijks te tellen, ongeveer 160 slagen per minuut.

Den volgenden morgen waren de alarmeerende verschijnselen, zoo al niet geweken, dan toch zeer verminderd en de temperatuur was slechts weinig verhoogd. 's Middags zag ik patiënte weer en wij konden toen constateeren dat er een tweede communicatie met den darm was ontstaan, eveneens bovenaan den uterus-wondrand, maar nu ongetwijfeld niet op een plaats, waar aan de mogelijkheid van perforatie door eene hechting behoefde gedacht te worden. Patiënte had trouwens behoorlijk ontlasting langs den natuurlijken weg. De buikwandhechtingen werden weggenomen, doch de draden, die den uterus met den buikwand verbonden intact gelaten. De bovenzijde van de openliggende uterus-holte was door een vastzittende necrotische massa bedekt.

Den zestienden dag na de operatie zag ik patiënte opnieuw. De temperatuur was toen de laatste dagen nagenoeg normaal, de algemeene toestand zeer bevredigend en door de fistels kwam geen darminhoud meer, zoodat de conclusie geoorloofd was dat de fistels spontaan gesloten waren. Voor het grootste deel was het necrotische beslag van den uterus afgestooten, alleen onderaan was de binnenvlakte der baarmoeder nog met zwarte necrotische massaas bedekt. Overigens granuleerde de geheele holte goed. Een paar dagen later werden de wondranden, door middel van kleefpleisterstrookken naar elkaar toe gehaald, wat tengevolge had dat, toen ik tien dagen later de patiënte weer zag, ik eene belangrijke verkleining der holte kon constateeren. Van de fistels was niets meer te ontdekken, de algemeene toestand der patiënte was geheel bevredigend, de eetlust begon terug te komen, de temperatuur was sinds eenige dagen volkomen normaal, de pols veel minder versneld. Uit vrees dat de dichtgroeiing van den uterus niet volkomen van onderop zou geschieden, werd toen de applicatie der kleefpleisterstrooken weer eenigen tijd gestaakt en de holte volgegoten met perubalsem. Dit middel, afgewisseld door de applicatie van nitras argenti in substantie en jodoformgaas-tamponnade werd regelmatig aangewend. Patiënte maakte het best, zat gedurende eenige uren per dag op, en ging in krachten zeer snel vooruit. Den 27sten Februari verliet zij het diaconessen-huis, om verder ten huize harer familie verpleegd te worden.

Het laatste bezoek bracht ik haar den 7den Maart. De granuleerende uterus-holte was toen niet meer dan een ondiepe kegel

waarin de huidranden begonnen ingetrokken te worden. Onder de gewone chirurgische behandeling zal deze kleine wonde zich zonder eenigen twijfel geheel sluiten. De eenige klacht, die patiente heeft, is dat haar figuur zoo leelijk is. Inderdaad moet ik bekennen dat de tusschen navel en symphysis samengeschrompelde huid een weinig fraaie prominentie vormt. Mij dunkt echter dat wie van zooverheen teruggekomen is als deze patiente, het met de cosmetische eischen niet al te nauw moet nemen. Eene robe-empire zou trouwens dit gebrek onzichtbaar maken.

Eenige weken later kreeg ik inderdaad bericht van de geheele genezing mijner patiente. De genezing is zelfs nog volkomener geweest dan ik had durven denken. Want bij een bezoek dat mijne ex-patiente mij in September bracht, vertelde zij mij dat sinds het begin van Juli de periode, volkomen regelmatig en zonder eenige pijn teruggekomen is. De dankbaarheid van mijne patiente was niet groot genoeg om aan mijn verlangen toe te geven en zich nog eens te laten onderzoeken om te doen uitmaken wat er van de uterus-holte, die ik meende te hebben zien obliтereeren, was overgebleven. Ik moet trouwens bekennen dat haar grootste dankbaarheid niet mij toekomt, maar aan de Haagsche diaconessen, die mijne patiente met voorbeeldelooze toewijding hebben verpleegd.

Verder doet spr. medeeling van het volgende geval:

Den 30sten Mei 1891 verrichtte ik de castratie bij eene 31-jarige virgo, wegens een tot aan den navel reikend fibromyoom, dat in de cervix gegroeid was, zoodanig dat de portio zoo goed als verstreken was en eene supravaginale amputatie niet meer geschieden kon omdat er geen mogelijkheid bestond om een steel te maken. Het effect der castratie op den tumor had niets te beteekenen. Ruim een jaar na de operatie scheen het zelfs alsof het gezwel vrij plotseling grooter was geworden. Dit was evenwel niet meer dan schijn, veroorzaakt doordat de tumor, die vroeger diep in het kleine bekken zat, er toen uitgekomen was. De menstruatie was niet alleen niet minder, maar eer erger geworden. Patiente bleef onder geregelde contrôle en ik kon mij bij de driemaandelijksche meting van den buik overtuigen dat het gezwel, zoo het al groeide, dit dan toch zeer langzaam deed.

Den 5den Februari van dit jaar evenwel bleek de toestand veranderd. Er was aan het rechterbovengedeelte van den tumor een goed vuistgroot uitwas ontstaan, dat zich in de laatste weken snel had ontwikkeld. Nu de tumor weer begon te groeien, begreep ik dat de radicale verwijdering moest beproefd worden en daarmee niet mocht worden gewacht totdat de patiente onder den invloed van den groeienden tumor in krachten achteruitgegaan zou zijn. Eene

portio vaginalis bestond ook nu nog niet, zoodat eene eenvoudige amputatio supravaginalis nog niet mogelijk was. Om de totale exstirpatie van den uterus met den tumor te vermijden, heb ik beproefd een anderen weg in te slaan.

Nadat de buik geopend en het gezwel voor den dag gehaald was, heb ik met eene lange snede den voorwand der baarmoeder, waarin het gezwel gezeteld was, gekliefd. Zonder mij om de zeer aanzienlijke bloeding te bekommeren heb ik vervolgens met snelheid en, waar dit noodig was onder aanwending van groote kracht, het gezwel uit den baarmoederwand geënucleëerd. Dit gelukte zonder bijzondere moeilijkheden op te leveren en nadat de enucleatie volbracht was, bleef de nu veel kleiner geworden slappe uterus als een leege zak achter. Zoo dicht mogelijk boven de vaginaalinsertie der cervix uteri werd nu de elastieken ligatuur om het collum gelegd en de verdere operatie geheel verricht als eene gewone supravaginale amputatie.

De operatie geschiedde den 17den Februari. De wondgenezing ging zonder de minste stoornis en patiente verliet den 14den April geheel genezen, nog slechts een weinig bleek, het Elisabethsgesticht, waarin zij verpleegd werd.

Ik meen dat het in dit geval verkregen succes eene aansporing kan opleveren om in analoge gevallen de door mij gevolgde wijze van opereeren toe te passen en ik voor mij ben vast besloten, casu quo, in de cervix gegroeide myomen op de aangegeven manier te behandelen.

Vergadering van 12 Mei 1894,
op de gynaecologische afdeeling van het Binnengasthuis.

Voorzitter: Prof. T. Halbertsma.
Secretaris: Prof. G. H. van der Meij.

Prof. Treub doet de aangekondigde mededeeling over „nier-insufficiëntie bij zwangeren" ongeveer als volgt:

Zal men de beteekenis der nier-insufficiëntie goed begrijpen, dan dient men allereerst rekening te houden met wat Bouchard en zijn leerlingen hebben geleerd omtrent de z.g.n. auto-intoxicatie. Volgens de zeer teekenachtige uitdrukking van Bouchard is het menschelijk lichaam een „laboratoire et réceptacle de poisons". De door hem bedoelde vergiften komen op verschillende wijzen in het lichaam. Ten eerste met de ingesta, ten tweede door de secreta van sommige klieren, onder welke de gal wel het voorbeeld is waarvan de giftige werking het bekendst is, ten derde als desassimilatie-

(stofwisselings-) produkten en eindelijk door het digestie-proces en de rotting van den darminhoud. Voor een deel komen die gittige stoffen per se en geheel en al in de bloedbaan terecht, voor een ander deel geschiedt dat normaliter slechts in meerdere of mindere mate.

Op verschillende wijzen worden nu ook die stoffen hetzij weggevoerd, hetzij onschadelijk gemaakt. Langs de longen worden water, gassen en vluchtige vetzuren afgevoerd, langs de huid behalve water en vluchtige vetzuren, waarschijnlijk ook nog een zeker *x*, voor welke waarschijnlijkheid de bekende vernis-proef pleit; het rectum voert digestie-produkten, een deel der secreta der groote onderbuiksklieren en der rottingsprodukten van den darminhoud af. Vervolgens maakt de lever, dank zij de portale circulatie daartoe in de gelegenheid gesteld, verschillende uit den darm in de circulatie komende giftige digestie-produkten onschadelijk. De proef van Schiff, waarbij bleek dat de giftigheid van nicotine aanzienlijk verminderd wordt door het alcaloid met versch leverweefsel af te wrijven en andere experimenten bewijzen dit ten volle. En eindelijk verlaten langs de nieren al de bedoelde vergiften, met uitzondering der gasvormige, het lichaam. Van al de genoemde wegen tot onschadelijk maken dier vergiften is dan ook die langs de nieren verreweg de meest beteekenende.

Dat dan ook de urine toxisch is werd reeds in 1880 door Felte en Ritter aangetoond, nauwkeurig en in bijzonderheden nagegaan werd evenwel de toxiciteit der urine eerst door Bouchard.

Volgens hem bevat de menschelijke urine minstens 1° een diuretische stof (het ureum), 2° een narcotische, 3° een sialogene stof, 4° een die pupil-vernauwing geeft, 5° een die de lichaamswarmte doet dalen en 6° en 7° twee convulsiveerende stoffen, een organische en een minerale (kalium). Zonder hier verder op dit onderzoek van Bouchard in te gaan, wil ik er slechts aan herinneren, hoe hij, gemakshalve, noemt een urotoxie, de hoeveelheid toxische stof die noodig is om een kilogram dier te dooden. De urotoxische coefficiënt is dan de hoeveelheid urotoxieën die een kilogram mensch in 24 uren levert.

Hoe het staat met de toxiciteit van de urine van zwangeren is nog niet met zekerheid uitgemaakt. Zoowel Blanc, de jong gestorven obstetricus van Lyon, als Chambrelent van Bordeaux hebben daaromtrent onderzoekingen gedaan, doch met uiteenloopend resultaat. Maar of nu de urotoxische coefficiënt bij de zwangere gelijk is aan die der niet zwangere of grooter dan deze, dat doet tot de zaak in zoover niets af, dat ook voor gravidae, zoo goed als voor anderen, het van het grootste gewicht is dat de belangrijkste afvoerweg der lichaamsvergiften, die door de nieren, behoorlijk open blijft.

Wanneer de nieren in dit opzicht komen beneden het minimum wat van hen verlangd wordt, dan is er nier-insufficiëntie. Met opzet spreek ik van nier-insufficiëntie en niet van albuminurie. Het feit dat de nier geen eiwit doorlaat bewijst nog volstrekt niet, dat de nier-functie verder voldoende is en evenmin bewijst de albuminurie dat de nier insufficiënt is. Wel is het uit de ervaring sinds lang duidelijk, dat nieren, die eiwit doorlaten, groot gevaar opleveren van vroeger of later insufficiënt te worden. De albuminurie, mits tijdig opgemerkt, heeft dan ook voor ons obstetrici vooral deze beteekenis dat zij een waarschuwend teeken is dat nier-insufficiëntie wellicht, ja waarschijnlijk, in aantocht is. Maar niet vergeten mag worden dat dit gemakkelijk te vinden waarschuwingsteeken lang, zeer lang kan ontbreken.

Ten slotte voert, het is bekend, de nier-insufficiëntie tot de verschijnselen die men met den naam van uraemie aanduidt, terwijl zij bij de zwangere vrouw veelal voert tot het eigenaardige symptomen-complex, dat wij als eclampsie kennen.

Dat wij inderdaad bij de eclampsie te doen hebben met eene auto-intoxicatie door nier-insufficiëntie wordt door verschillende feiten aangetoond. Ten eerste is o. a. door Tarnier en Chambrelent gevonden dat bij eclampticae regelmatig de urotoxische coefficiënt zeer aanzienlijk verminderd is, terwijl de toxiciteit van het bloed evenzoo regelmatig is toegenomen. Vervolgens bewijzen de nieuwere, nauwkeurigere onderzoekingen, in de eerste plaats van Pilliet, dat altijd nierveranderingen bij eclampsie zijn te vinden. Veranderingen die evenals in de nieren, ook in lever en milt te vinden zijn en bestaan in haemorrhagische haarden om partieële weefsel-nekrosen heen.

En zoo dit al geen directe bewijzen zijn dat nier-insufficiëntie de oorzaak der eclampsie is, zoo wordt door het succes der therapeutische maatregelen op deze verklaring der eclampsie gebaseerd, de juistheid dier aanname afdoende bewezen.

Welke klinische ziektevormen nu bij de zwangeren tot nier-insufficiëntie voeren is bekend. Het zijn voor en boven alles de zwangerschapsnier en de acute nephritis. De zwangerschapsnier, waarbij nekrose der nier-epitheliën, volgens Leijden eene anaemische nekrose, optreedt, begint gewoonlijk reeds in de vroege maanden der zwangerschap. Voor de acute nephritis behoeft dat, zooals van zelf spreekt, niet het geval te zijn. Maar het eerste feit is, evenals het somwijlen vroegtijdig in de zwangerschap optreden van eclampsie, een afdoend bewijs dat ureter-druk of torsie, waarvan trouwens de anatomische bewijzen meestal niet te vinden zijn, hoogstens nu en dan een ondersteunend moment kan zijn voor het ontstaan van

nier-insufficiëntie en dus van eclampsie. Trouwens ook het straks te bespreken therapeutisch succes levert daarvoor een bewijs te meer.

Het eenige wat nog besproken dient te worden is het feit, dat de auto-intoxicatie door nier-insufficiëntie bij zwangeren regelmatig tot convulsies voert en bij niet zwangeren zelden. Waarschijnlijk heeft men daarbij te denken aan den intoxiqueerenden invloed, dien de na Pilliet ook door Schmorl en Bouffe de St. Blaise bij eclampticae waargenomen leverafwijkingen, reeds straks genoemd, hebben. Tot op zekere hoogte was de beteekenis der leveraandoeningen bij eclampsie klinisch reeds lang bekend door de slechte prognose, die de icterus bij eclampsie geeft. En overigens wil ik er alleen nogmaals op wijzen, dat het ontbreken van albuminurie tot aan den eclamptischen aanval, absoluut niet bewijst dat er niet reeds een hooge graad van nier-insufficiëntie bestond.

In het kort komt dus de door mij medegedeelde leer der eclampsie hier op neer. In de eerste plaats worden tengevolge der nier-insufficiëntie toxische stoffen in groote hoeveelheid in het bloed opgehoopt. Het convulsiveerend element, dat in die stoffen aanwezig is in grootere mate dan bij andere nierlijders, moet waarschijnlijk op rekening geschreven worden der leveraandoeningen, die hierbij voorkomen. Maar tot ophooping dier stoffen, tot auto-intoxicatie komt het eerst tengevolge der onvoldoende nier-functie. Die toxische stoffen eindelijk voeren door prikkeling van het centrale zenuwstelsel tot den eclamptischen aanval.

Ik behoef er wel niet eens op te wijzen, dat daarmee slechts het klinische ziektebeeld der eclampsie verklaard wordt, doch dat omtrent de oorzaken der gevonden anatomische afwijkingen hierdoor niets beslist wordt.

Voorloopig valt dan ook alleen het volgende te vragen.

Welke conclusies vallen uit de auto-intoxicatie-leer voor de therapie der eclampsie te trekken? Bij het bespreken daarvan zal dan tevens, wanneer het effect der aldus gepostuleerde therapie goed is, omgekeerd daaruit de juistheid van de door mij gegeven voorstelling blijken.

Een op die voorstelling gegronde therapie der eclampsie zal aan de volgende eischen hebben te voldoen: 1° zooveel mogelijk voorkomen van vorming en invoer van toxische stoffen, 2° in de hand werken van verbeterde nier-functie, zoo die, hetzij dan meer of minder, te wenschen overlaat, 3° zoo noodig, gelegenheid geven aan het organisme het zoo lang uit te houden, tot de nier-functie zich voldoende heeft herstelt, 4° opheffen of voorkomen van prikkels uitgaande van de genitalia en 5° verminderen van de prikkelbaarheid van het centrale zenuwstelsel.

Het eenige wat voor den eersten eisch te doen is, is zooals van

zelf spreekt wanneer men zich de verschillende bronnen van toxische stoffen herinnert, diëet-regeling. Men zal, zoodra er reden is om aan te nemen dat nier-insufficiëntie in aantocht is (albuminurie), geen kaliumhoudend voedsel invoeren en geen voedsel dat gelegenheid geeft tot veel rotting in den darm.

Een voeding die aan die eischen voldoet, gemakkelijk toe te passen is en goed verdragen wordt, bestaat in het uitsluitend toedienen van melk. Drie à vier liters melk per dag, gegeven in kleinere doses om de twee uur herhaald is een rantsoen, dat volkomen voldoende is en maanden lang kan worden volgehouden. De melk heeft bovendien het groote voordeel van ook het beste middel te zijn voor de in de tweede plaats genoemde indicatie. Ik zal dan ook die beide indicaties verder gezamenlijk bespreken. De uitspraak van Potain (meen ik) is bekend, dat de melk een uitstekend diureticum is „non pas parcequ'il fait uriner les malades, mais parcequ'il les laisse uriner". Een voedingsmiddel, dat groote hoeveelheden vocht in het lichaam brengt en tevens de nieren absoluut niet prikkelt is in deze wel het wenschelijkste, dat zich laat denken. Al is nu de beteekenis van het absolute melk-diëet wel bekend, toch meen ik nog enkele sprekende voorbeelden daarvan te mogen noemen.

Voor een jaar of acht assisteerde ik bij den eersten praematuren partus van mevrouw X. Eenige dagen te voren was bij de patiënte een zeer hooge graad van albuminurie ontdekt, toen zich praemonitoire verschijnselen van eclampsie bestonden. De eclampsie bleef dan ook niet uit en was de oorzaak van het begin der baring, die eindigde met de geboorte van een levend onvoldragen kind, dat na enkele uren stierf. Uit de verdere historie der patiënte stip ik alleen aan, dat een paar maanden later de urine geheel eiwitvrij was en bleef. Ca. anderhalf jaar later tweede graviditeit. Toen die 6 à 8 weken ver was, kwam er albuminurie. De patiënte werd op absoluut melkdiëet gezet, waardoor in eenige weken het eiwit geheel verdween. Langzamerhand werd voorzichtig permissie gegeven tot wat ander eten, brood, bloemkool, meelkost enz. Na een poos kwam de albuminurie terug. Opnieuw melk-diëet, tot de urine weer goed was. Zoo herhaalde zich dat nog eens, tot dat patiënte aan het einde der zwangerschap van een flinken jongen beviel.

Ik geef dit natuurlijk niet als voorbeeld van het voorkomen van eclampsie, maar alleen als bewijs van het uitmuntende effect door de melk-therapie op het nierlijden, hier zonder twijfel een zwangerschapsnier, bereikt.

In het volgende geval betrof het eene acute nephritis.

De patiente, eene multigravida van 28 jaar, was in de kliniek gekomen 20 December 1893. Sinds drie weken ziek, hoofdpijn,

misselijkheid, oedeem van gezicht en extremiteiten. Volgens de mededeelingen van haren medicus was het urine-quantum toen dadelijk gering, gemiddeld 250 cCm. en bevatte de urine veel eiwit en bloed. Pat. was ruim 8 maanden gravida.

Patiënt was bij de opname zeer bleek, had enorme oedemen.

Absoluut melk-diëet en bedrust. Urine-quantum van 21 tot 26 December 290, 1300, 1200, 1100, 1600, 2000 cCm. Van af 4 Januari tusschen 2100 en 3460, eens (26 Jan.) 4140 cCm.

Half Januari waren de oedemen weg, in urine nog wat eiwit en zeer weinig bloed aan te toonen. Half Februari sporen eiwit, geen bloed. 21 Februari spontane geboorte van een levend kind van 52 cM. lengte en 3.58 kilo gewicht.

7 Maart werd patiënte ontslagen met nog eiwithoudende urine.

In dezelfde groep van middelen behoort behalve het melk-diëet ook de zorg voor behoorlijke defaecatie door clysmata of laxantia. De zoogenaamde darm-antisepsis (Bouchard), door toedienen van naphthaline of iets dergelijks per os, heeft hoe juist ook in theorie, toch praktisch te veel bezwaren om van groote beteekenis te zijn.

De geringe beteekenis der zweet-secretie als middel om het ophoopen van vergiften in het lichaam te voorkomen, zal ik straks nog nader bespreken. Wel heeft echter in deze groote beteekenis het middel, dat door Porak is aangeraden en dat bestaat in het in het lichaam brengen van groote hoeveelheden 0.6$^0/_0$ keukenzoutoplossing. Dit is een middel om de urine-secretie te bevorderen onder deze omstandigheden en het lichaam als het ware uit te wasschen, dat niet genoeg kan worden gewaardeerd. Ook hierop zal ik straks naar aanleiding van een ander door mij waargenomen geval terugkeeren. Eindelijk kunnen hier somwijlen warme baden goede diensten bewijzen. Niet om daarmee directe uitscheiding van vergiften langs de huid te bewerken, maar wel om, zij het ook langs nog onverklaarbaren reflectorischen weg, de nier-secretie aan den gang te brengen.

Om aan de in de derde plaats genoemde indicatie te voldoen, n.l. aan het organisme gelegenheid te geven het zoo lang uit te houden tot de nier-functie zich voldoende heeft hersteld, is er wel geen beter middel dan de venaesectie. Naar Bouchard's experimenten onttrekt eene venaesectie van 32 gram zooveel extractiefstoffen aan het lichaam als overeenkomt met een 16de deel van wat de urine (per dag) moet meenemen. Evenveel als 280 gram diarrhoische ontlasting of als 100 liters zweet. Houdt men nu rekening met het enorme nadeel, dat in deze gevallen de wateronttrekking als zoodanig bij het zweeten heeft, dan is in verband met het laatste cijfer

de bestrijding van de auto-intoxicatie tengevolge van nier-insufficiëntie door zweetkuren wel afdoend veroordeeld.

Maar om tot de venaesectie terug te keeren, wijs ik er allereerst nog op, dat alleen de urine-secretie meer waarde heeft als middel ter bestrijding der auto-intoxicatie dan de venaesectie, zooals uit Bouchard's onderzoekingen blijkt.

En vervolgens, dat ook de oudere klinische waarnemingen de beteekenis der venaesectie, speciaal bij de behandeling der eclampsie, in het helderste licht stellen. Veel grooter wordt nog de waarde der venaesectie, wanneer men haar slechts dan toepast als er aanleiding bestaat om langs dezen weg zoo snel mogelijk een deel der circuleerende vergiften aan het bloed te onttrekken.

Dit zal dus zijn, wanneer de verschijnselen der auto-intoxicatie zoo ernstig zijn dat, bij bestaande uiterst gebrekkige urineloozing, men niet meer mag wachten tot dat de nier-functie weer door langzamer werkende middelen (speciaal melkvoeding) verbeterd is en de vergiften onschadelijk kan maken.

Het gemakkelijkst kan ik dit ook weer duidelijk maken door mededeeling van een paar gevallen.

Het eerste, ontleend aan Budin, betreft een tertipara van 28 jaar die 7 maanden zwanger was. Klaagde over algemeene lusteloosheid en moeheid in de beenen. Had noch nausea, noch vomitus, noch gezichtsstoornissen. Bij de opname geen urine in blaas. Niettegenstaande patiënte gedurende den nacht een liter melk gebruikt had, was er den volgenden morgen slechts een lepel urine in de blaas, dik en in haar geheel coaguleerend.

Dien dag 's morgens 7 uur eclamptische aanval, gevolgd door zes andere in den loop van den dag. Coma. Drie lavementen van 3 gram chloral elk, om 8, 11 en 6 uur. Steeds volkomen anurie. Tien uur 's avonds venaesectie van 600 gram. 's Nachts een aanval. Anurie tot volgenden dag 's middags om vier uur. Toen 90 gram sterk eiwithoudende urine afgetapt. Om 7 uur 200 gram urine. Patiënte had in den loop van den dag een liter melk gedronken. Volgenden dag bewustzijn terugkeerd, 1850 gram urine, 2 liters melk.

Daarop volgenden dag 2.5 liter urine. Kind dood. Nog eenmaal, den dag daarna, laatste eclamptische aanval. Na drie verdere dagen partus. Genezen.

Het andere geval, door mij waargenomen, betreft eene primigravida van 43 jaren, die den 19 Februari 1894 in de kliniek gebracht was. Zij had matige oedemen, sterke cyanose, verwardheid.

Urine sterk eiwithoudend, bevat cylinders in groote getale.

Bedrust, melk-diëet.

Quantum urine 20 Feb. 585, 21 Feb. 1135, 22 Feb. 1010 cCm.

De amaurose was desniettegenstaande toegenomen, zoodat patiënte nauwelijks de beweging der hand kon waarnemen. Eveneens was de psychische stoornis verergerd.

24 Feb. 's morgens begon de baring. Licht plat bekken. Baring zeer langzaam.

's Avonds werden de foetale harttonen minder en minder duidelijk, de toestand der vrouw blijft stationnair, tot 's nachts een uur de pols veel minder blijkt geworden te zijn, 130 slagen per minuut, nauwelijks voelbaar, af en toe intermitteerend. De vrouw is nu volkomen buiten kennis.

's Nachts half twee heb ik het kind, dat dood was, aan den geperforeerden schedel uitgehaald.

Den volgenden morgen vond ik patiënte nog volkomen buiten kennis; zeer snelle, kleine, onregelmatige pols; urina involuntaria. Venaesectie van 200 gram en daarna injectie van een liter 0.6°/$_0$ zoutoplossing onder de buikhuid. Daarop was 's middags de pols beter voelbaar, frequentie 110. Patiënte is veel rustiger, reageert op uitwendige prikkels, o. a. met bijten naar wat zij meent te kunnen bereiken.

Den 25sten wordt, omdat de pols altijd nog zeer zwak en de algemeene toestand zoowat dezelfde blijft, nog eene venaesectie (180 gram) gedaan.

's Middags is de pols veel beter; patiënte drinkt op aansporen lepelsgewijs melk, 1 à 1.5 liter den geheelen dag.

26 Febr. Pols veel krachtiger en regelmatig, patient drinkt en laat meestal de urine niet meer loopen, sensorium niet meer volkomen beneveld.

Urine-quantum 27 Feb. 3900, 28 Feb. 2800, 1—4 Maart 1400—1700, 5—10 Maart 2000—3200, 10—29 Maart 3—4000 cCm (28 Maart 4900).

Voortdurend melk-diëet; sensorium vrij snel goed geworden, amaurose langzamerhand, doch geheel verdwenen.

30 Maart is pat. met nog eiwithoudende urine op verzoek ontslagen. Begin Mei nog veel eiwit en cylinders in urine.

In het laatste geval is, zooals men ziet, ook gebruik gemaakt van de zoutwater-inspuitingen. Men kan deze, zooals Porak doet, intramusculair verrichten, of wel eenvoudig subcutaan. Wanneer de oedemen niet sterk zijn, is de veel eenvoudigere en minder pijnlijke subcutane aanwending m. i. te verkiezen.

Komende tot de onder 4 genoemde indicatie, het opheffen van prikkels uitgaande van de genitalia, vinden wij als eenig rationeel middel, het termineeren van den partus. Daarbij dient men echter rekening te houden met de oude ervaring omtrent het nadeel van

elke wijze van termineeren, die met sterke prikkeling van den uterus gepaard gaat. Dat wil dus zeggen, dat alle eventueel noodige manipulaties geschieden moeten terwijl de patiënte diep genarcotiseerd is. De hier in aanmerking komende obstetrische kunstbewerkingen behoef ik niet nader te omschrijven. Alleen wil ik er op wijzen dat daarbij ook de sectio caesarea onder sommige omstandigheden in overweging dient genomen te worden. Behalve doordat zij een einde aan de zwangerschap maakt en dus de baarmoeder verlost van den prikkel van het daarin aanwezige kind, kan zij wellicht ook nuttig zijn, als een soort van bloedonttrekking. Maar zeker is zij dat niet door opheffing van eene ureter-compressie. Halbertsma is dus langs verkeerden weg gekomen tot een practisch bruikbaar resultaat. Maar het spreekt van zelf, dat door een en ander de indicatie voor sectio caesarea bij eclampsie nog meer beperkt wordt.

Voor de onder 5 genoemde indicatie dienen de narcotica in eenigerlei soort of vorm. Ook daaromtrent kan ik hier ter plaatse gevoegelijk met deze korte aanduiding volstaan.

Mej. Dr. v. Tussenbroek vraagt of het geconstateerd is, dat met vermindering van de toxiciteit van de urine, gepaard gaat eene vermeerdering van de toxiciteit van het bloed. Prof. Treub antwoordt hierop bevestigend.

In antwoord op een vraag van Dr. Krüseman omtrent de werking van het melk-dieet, zegt de Heer Treub, dat de melk het doorspoelen door de nieren bevordert; de enorme hoeveelheid urine, die geloosd wordt, kan immers niet alleen uit de hoeveelheid van de gemaakte vocht-massa worden verklaard.

De Heer Van der Meij wijst op het door de ervaring geconstateerde feit, dat bij eene opvolgende zwangerschap eklampsie hoogst zelden opnieuw optreedt, zoodat men voorzichtig moet zijn bij het beoordeelen van de gunstige resultaten van een gevolgd melk-dieet bij zwangeren, die in een voorafgaande graviditeit aan eklampsie lijdende waren.

Prof. Treub antwoordt hierop, dat men natuurlijk nimmer met zekerheid kan zeggen, dat als pat. geen melkkuur had ondergaan, zij wél eklampsie zou gekregen hebben, maar in het door hem medegedeelde geval was de invloed van de uitsluitende melkvoeding op den algemeenen toestand buiten kijf overtuigend en bewijzend.

Dr. Kouwer vraagt of onderzoekingen zijn gedaan omtrent het voorkomen van glycosurie bij zwangeren, waarop Prof. Treub antwoordt dat dergelijke onderzoekingen hem niet bekend zijn.

Prof. Halbertsma meent dat de Heer Treub bij zijne beschouwingen te veel is uitgegaan van uitzonderingen. De meening

dat eklampsie meestal het gevolg is van een zwangerschapsnier, acht Spr. gewaagd; men is omtrent den eigenlijken aard der zoogen. zwangerschapsnier het nog volstrekt niet eens; sommigen houden die voor eene anaemische, anderen daarentegen voor eene hyperaemische nier. Men moet bij de aetiologie van de eklampsie uitgaan van enkele, zeker vaststaande feiten; deze zijn de volgende: eklampsie in de vroegere maanden der zwangerschap is zeer zeldzaam; eklampsie komt veel meer voor bij primigravidae, vooral bij *oude* primigravidae; eklampsie herhaalt zich bij opvolgende zwangerschap hoogst zelden; eklampsie komt bij tweelingzwangerschap veel meer voor dan bij enkelvoudige graviditeit.

Die goed geconstateerde feiten worden volgens Spr. niet verklaard door de uiteenzettingen van den Heer Treub, wel door het aannemen van mechanische oorzaken. De in de lever, de hersenen en de longen bij aan eklampsie gestorven vrouwen waargenomen veranderingen, met name de bloedingen, kunnen zeer goed hare verklaring vinden in retentio urinae.

Verder wijst Spr. op de gunstige resultaten van de keizersnede bij eklampsie, door welke operatie de druk op de ureteren plotseling wordt opgeheven en de aanvallen worden afgesneden.

In de repliek wijst Prof. Treub er op dat eklampsie in de vroegere maanden der zwangerschap wel is waar niet veelvuldig voorkomt, maar toch lang niet zoo zeldzaam is als de Heer Halbertsma meent; het zou niet moeielijk vallen uit de literatuur een vrij groot aantal gevallen van dien aard te verzamelen.

In een zoo vroeg tijdperk der zwangerschap is het optreden van eklampsie toch niet te verklaren uit ureteren-druk.

Het diagnosticeeren van een zwangerschapsnier is niet moeilijk. Indien bij eene vooraf gezonde vrouw in de zwangerschap eiwit in de urine optreedt zonder bloed en een acute nephritis derhalve kan worden buitengesloten, is de diagnose gereed. Spr. zegt, hoe wil de Heer Halbertsma het verklaren, dat in het door mij medegedeelde geval van melk-dieet, de urine-secretie steeg van 200 tot 4000 gram per dag, terwijl de zwangerschap bleef bestaan, het kind zich ontwikkelde en op het normale einde der graviditeit een 52 cM. lange en ruim 3000 gram zware vrucht werd geboren. Hoe is dit te verklaren als de retentio urinae het gevolg ware van mechanischen druk, die bij het verder verloop der zwangerschap immers steeds zou moeten toenemen. Volgens Spr. is ureteren-druk of ureterentorsie slechts als een *bevorderend* moment voor het optreden van eklampsie te beschouwen.

Dr. Nijhoff heeft niet zonder bevreemding gehoord dat de zwangerschapsnier ook een hyperaemische nier kan zijn. Hij vraagt

of de veranderingen in de nieren, de lever, de milt en andere organen niet zouden kunnen opgevat worden als anaemische, tengevolge van de tijdens en door de zwangerschap veranderde bloedsmenging. Bij het begin der zwangerschap is de bloedsrijkdom der geslachtsdeelen belangrijk vermeerderd, hetgeen op de overige organen dezelfde uitwerking zou kunnen hebben als een sterk bloedverlies.

Prof. Halbertsma beroept zich voor de opvatting van de zwangerschapsnier als hyperaemische nier op de meening van Olshausen.

Vergadering van Zaterdag 9 Juni 1894.

Voorzitter: Dr. A. Mijnlieff.
Secretaris: Prof. G. H. van der Meij.

De Heer Van der Meij verkrijgt het woord; hij wenscht enkele opmerkingen te maken over het curettement. Het heeft hem getroffen dat deze kunstbewerking door velen als een volkomen ongevaarlijke wordt geacht, die door ieder arts, zelfs zonder speciale gynaecologische opleiding en oefening zou kunnen worden verricht. Dat de abrasio mucosae uteri echter niet zoo ongevaarlijk is, wordt bewezen door de gevallen van doodelijken afloop, die in de literatuur in reeds aanzienlijke getale zijn te vinden, terwijl in een nog grooter aantal gevallen, wel is waar de exitus letalis niet intrad, maar pat. toch in ernstig gevaar zweefde. Afgezien van het gevaar van infectie dat door het zorgvuldig inachtnemen van antiseptische voorzorgsmaatregelen is te voorkomen, kan de uterus bij de abrasio worden doorboord.

Vooral dan als de wanden der baarmoeder zeer week zijn, zooals dit bij den septisch geïnfecteerden, puerperalen uterus het geval is, kan de curette den wand doorbooren. Gewoonlijk worden die perforaties niet zwaar geteld en schijnen zij, onmiddellijk erkend, door absolute bedrust en het gebruik van opium, spoedig te genezen. Worden zij niet erkend en wordt het curettement voortgezet, zoo wordt de toestand bedenkelijk en eindigt de verwonding der baarmoeder bijna zonder uitzondering met doodelijken afloop. Spr. wil van deze gelegenheid gebruik maken om opnieuw opmerkzaam te maken op een verschijnsel, dat bij vele, ja de meeste gevallen van abrasio mucosae uteri zich voordoet en waarop tot dusverre van andere zijden de aandacht niet is gevestigd. Hij bedoelt de bij het curettement optredende verslapping van den baarmoederwand. Niet zelden heeft Spr. op zijne kliniek den studenten kunnen vertoonen hoe de sonde na het curetteeren tot 2 cM. dieper in den uterus kon worden opgeschoven dan tevoren. Hoewel de verslapping niet altijd en ook niet in belangrijke mate optreedt, moet de operateur met deze omstandigheid niettemin rekening houden, wil hij niet

Vergadering van Zaterdag 10 November 1894.

Voorzitter: Prof. T. HALBERTSMA.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Prof. Treub verkrijgt het woord tot het houden zijner aangekondigde voordracht over de stompbehandeling bij myomohysterectomie. Spr. begint met de uiteenzetting van de algemeene regels die bij deze operatie door hem gevolgd worden en waarvan de beschrijving te vinden is zoowel in zijn Leerboek der Gynaecologie als in den 1[sten] Jaargang van het Nederl. Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie, in eene verhandeling, getiteld: „Over fibromyomen van den uterus en derzelver operatieve behandeling". De sluiting van de buikwonde, die Spr. aanvankelijk door middel van een hechting in drie etages verrichtte, doet hij in de laatste jaren eenvoudig door eenige diepe hechtingen met zijde of fil de Florence, die alle lagen van den buikwand omvatten, waarna door enkele oppervlakkige hechtingen de wondranden nauwkeurig aan elkander gesloten worden.

Sedert 1887 heeft Spr. 100 malen de supravaginale amputatie van den uterus op de beschreven wijze verricht en daarbij slechts 7 patiënten verloren. In het bijzonder wordt voor elk geval de oorzaak van den ongunstigen afloop nagegaan.

Die gevallen zijn de volgende:

1°. Retrouterin fibromyoom, dat zich achter het peritoneum tot dicht bij den anus en naar boven tot handbreed boven den navel ontwikkeld had en door een groote parovariaal-cyste was gecompliceerd. Zeer moeielijke operatie. Dood 24 uur later in collaps.

2°. Ileus tengevolge van beklemming eener darmlus tusschen de stomp en het sacrum.

3°. Fibromyoom dat den dag vóór de operatie plotseling om een handbreedte grooter was geworden ten gevolge van een kolossale bloeding in het verweekte centrum van het gezwel. Pat. was dientengevolge zeer zwak. Toch ging het haar in de eerste 8 dagen goed, toen begon zij te febriciteeren en eenige dagen later opende zich een groot absces onder het litteeken in de huid. Spr. had bij deze patiënte nog een etage-naad met catgut aangelegd en is overtuigd dat het catgut de ettering heeft veroorzaakt, die de reeds zeer verzwakte pat. ten grave sleepte. Spr. had pat., die in een ver verwijderde plaats woonde, na de operatie niet meer gezien en kan derhalve niet zeggen of misschien tijdige opening van het absces pat. had kunnen redden.

4°. In dit geval was een technische fout gedurende de operatie de oorzaak van den dood. Bij het amputeeren van den uterus werd

de elastieken ligatuur doorgesneden, waarop een sterke bloeding volgde. Terwijl Spr. een nieuwe elastische ligatuur aanlegde, had de assistent, zonder hiervan iets te zeggen, een tampon van salicylwatten in hydrophile-gaas gewikkeld, in de buikholte gebracht en vergeten dien weder te verwijderen. De door de aanwezigheid van den tampon teweeggebrachte partieele peritonitis had pat., reeds anaemisch ten gevolge van de fibromyomen en zeer verzwakt door het sterke bloedverlies tijdens de operatie, niet kunnen weerstaan.

5°. Fibromyoom reikende tot den navel; stinkende, profuse etterige uitvloeiing uit de baarmoeder; onregelmatige temperatuursverheffingen. Bij de operatie worden aan de achterzijde van den tumor overal vergroeiingen van de darmen gevonden; dubbelzijdige pyosalpinx. Na de operatie houdt het braken niet meer op; meteorismus, geen flatus, geen ontlasting. Pat. sterft 72 uur na de operatie in collaps. Bij de sectie blijkt dat er geen peritonitis bestaat; een dundarmlis is met de stomp verkleefd en geknikt; ileus.

6°. Manshoofdgroot fibromyoom. Pat. in hooge mate anaemisch. Gemakkelijke en snelle operatie. Pat. sterft den 4en dag ten gevolge van darmverlamming. Bij de sectie bleek de volkomen afwezigheid van vergroeiingen.

7°. Fibromyoom bijna tot den navel reikend; pat. ten gevolge van de door den tumor teweeggebrachte maagstoornissen in slechten toestand. Zeer gemakkelijke, typische operatie. Ongestoord verloop; den 10en dag worden de hechtingen uit den buikwand verwijderd; wond p. p. i. genezen. 2 dagen later begint pat. te febriciteeren; daar geen enkele locale afwijking te constateeren was, werd 1 gram chinine pro die gegeven, waardoor na 3 dagen de temperatuur ongeveer normaal was geworden; na staking van het gebruik van chinine steeg de temperatuur weder onmiddellijk. Een zwelling der milt was nu duidelijk te voelen; pat. had af en toe koude rillingen; locale afwijkingen ontbraken; de diagnose van malaria, die in het Leidsche Ziekenhuis endemisch is, was hiermede gesteld. Tinct. Eukalypti bracht aanvankelijk eenige verbetering, maar liet spoedig in den steek. Daarom ging Spr. weer over tot de toediening van 1 gram, en, toen dit niet voldoende bleek, van 2 gram chinine p. die. De temperatuur daalde, maar 4 dagen nadat pat. de chinine had genomen, begon zij te braken. Het gebruik van chinine werd gestaakt, maar het braken hield aan. Excitantia. Pat. voelde zich steeds zieker en stierf 39 dagen p. o. plotseling.

Sectie. Thrombose van beide arteriae pulmonales. In de buikholte een weinig geel vocht; milt gezwollen. De elastische ligatuur was geheel verborgen in een massa van bindweefsel, die de door de ligatuur gevormde insnoering overdekte. Zijdelings was met deze

vaste bindweefsel-massa een dundarmlis vast vergroeid. De lus zelf bood niets abnormaals aan. In de corticalis van beide nieren werden kleine, weeke, roodachtige haarden gevonden.

Uit eęn nauwkeurig microscopisch onderzoek bleek dat in de stomp nergens van infiltraat sprake was.

Het ligt allerminst in de bedoeling van Spr. zijne statistiek beter te doen schijnen dan zij in werkelijkheid is, maar hij wil er op wijzen, dat de meesten der letaal verloopen gevallen niet komen ten laste van het achterlaten van de afgesnoerde en onbedekte stomp in de buikholte. In het eerste geval toch bleek pat. inoperabel; in het 3e was de buikhechting, derhalve een niet essentieel onderdeel van de operatie, dat volstrekt niets met de methode te doen heeft, de oorzaak van den slechten afloop; in het 4e geval moet aan den operateur en niet aan de methode de exitus letalis worden toegeschreven; in het 6e geval had men te doen met een van die voor het oogenblik nog niet met zekerheid te elimineeren slechte kansen, die bij elke laparotomie, om wat voor reden ook verricht, het leven der pat. bedreigen, terwijl in het laatste geval de malaria-aanval bij de reeds vooraf zeer zwakke pat. den dood heeft teweeggebracht.

Derhalve blijven alleen over het 2e en het 5e geval, waarin de operatie-methode als onmiddellijke oorzaak van den dood zou kunnen worden beschouwd. Maar het inklemmen van een darmlis tusschen de stomp en het sacrum, zooals in geval 2 is een fout in de techniek die een volgende maal gemakkelijk te vermijden zal zijn. Evenzeer zal een verkleving van een darmlis met de stomp op eenvoudige wijze kunnen worden opgeheven, door de portio vaginalis met een ingehaakte kogeltang omlaag te trekkén en met den in het rectum ingebrachten wijsvinger de verkleefde darmlis van de oppervlakte van de stomp af te schuiven.

Spr. weerlegt de door Fehling, von Meyer en Brennecke tegen zijne methode ingebrachte bedenkingen en wijst er ten slotte op dat over de practische waarde van een methode het daarmede verkregen resultaat beslist. Blijkt het dat het resultaat met de theorie in strijd is, zoo ligt het voor de hand daaruit de gevolgtrekking te maken, dat de theorie niet juist is. Dit geldt met name van de bedenkingen van Brenneke.

De voordracht werd met onverdeelde aandacht gevolgd; de heer van de Poll vraagt welk soort van elastieken ligatuur de heer Treub gebruikt en hoe hij deze aseptisch maakt.

Prof. Treub antwoordt dat hij gebruik maakt van dunne holle catheters Jacques patent, die hij niet in sublimaat legt, niet kookt, maar eenvoudig in eene $5^0/_0$ carbolzuur-oplossing bewaart. In ant-

woord op de vraag van den Heer van der Mey, welke voorbereidende antiseptische maatregelen genomen worden met betrekking tot de vagina, zegt Spr. dat pat. op de beide aan de operatie voorafgaande dagen en op den morgen van den operatie-dag een warm bad krijgt. Spr. scheert zelf de schaamharen af, appliceert den blaas-catheter, en reinigt de vagina met 5°/₀ carbolzuur-oplossing, waarna deze met droog jodoformgaas wordt opgevuld.

Hierna deelt Prof. van der Mey mede dat hij korten tijd geleden opnieuw de keizersnede heeft verricht en wel wegens aangezichtsligging bij eene patiente, die reeds enkele malen spontaan van een levend, flink ontwikkeld kind was bevallen. Het 2e en het 4e kind werden in aangezichtsligging spontaan geboren. Pat. was 24 uur in arbeid, het vruchtwater sedert 10 uren afgeloopen; zeer krachtige weeën, die echter niet den minsten invloed op de voortbeweging van het caput hadden. Het onderste uterus-segment vertoont verschijnselen van sterke spanning, zoodat keering hoogst gevaarlijk scheen. Met het oog op het leven van het kind besloot Spr. de baring door de sectio caesarea te termineeren. De krachtig ontwikkelde vrucht werd levend geëxtraheerd [1]).

Spr. legt de temperatuurslijst over en demonstreert pat., die zich volkomen wel bevindt. Hij vraagt het oordeel der vergadering omtrent de gestelde indicatie tot de kunstbewerking. Uit de hierover gevoerde discussie blijkt dat men in de praktijk een dergelijke indicatie niet zou laten gelden, maar tot de perforatie der vrucht als de gemakkelijkste en veiligste weg zou overgaan. De heer Treub meent dat de heer van der Mey door zijne zeer gunstige resultaten gerechtigd is tot het doen der sectio caesarea, waar anderen tot de perforatie der vrucht zouden moeten besluiten. Hij verklaart dat hij zijnen leerlingen dit krachtig onder het oog brengt en dat hij zich niet kan vereenigen met de meening dat de sectio caesarea — alhoewel een typische operatie — door ieder practicus zou kunnen en mogen worden verricht.

Vergadering van 8 December 1894,

in de gynaecologische kliniek van het Binnengasthuis.

Voorzitter: Dr. D. Kruseman.

Secretaris: Prof. G. H. van der Mey.

Dr. Nijhoff deelt 1°. mede hoe hij onlangs eene cyste van het ligamentum latum door laparotomie heeft verwijderd, zonder de buikholte te openen. Blijkbaar was het peritoneale bekleedsel van

---

[1]) Ook dit geval zal later in extenso worden medegedeeld.

den tumor met het peritoneum parietale vergroeid, zoodat bij het doorsnijden van den buikwand, de cyste in hare bedding bloot kwam te liggen. Hij extraheerde den ongesteelden (bruinachtige, ietwat fibrineuse vloeistof bevattenden) zak zeer gemakkelijk, daar deze, na gedeeltelijke ontlediging, als een placenta kon worden losgepeld. Hij kreeg hierbij niets van de tubae of de ovariën te zien, terwijl de blaas onder en naar links van den tumor te voelen was. Terwijl bijna in het geheel geen bloeding bestond, behoefde hij, daar de wanden van de aldus ontstane holte samen vielen, deze holte niet op te vullen met jodoformgaas en kon hij de buikwond sluiten. De vrouw genas snel en zonder eenige stoornis.

2°. nam hij onlangs, na eene laparotomie wegens een ovariaalcyste (in het begin eener graviditeit, die tot nu toe ongestoord verloopt) waar, hoe zich bij bestaande darm-parese oedeem van den buikwand ontwikkelde, waarna tot tweemaal toe een aanzienlijke hoeveelheid sereus vocht door een uiterst kleine opening in de wond werd uitgedreven, zoodat het verband geheel doordrenkt werd. Met het verbeteren der darmbewegingen, het verminderen der tympanitis verdween het oedeem en hield het vochtverlies op, zoodat op den tienden dag de wond geheel per primam intentionem genezen was.

3°. vraagt hij of bij aether-narcose in voldoende mate de verslapping van de buikspieren verkregen wordt, die voor laparotomiën noodzakelijk is?

Deze vraag wordt door de aanwezigen bevestigend beantwoord; het blijkt echter dat men in het algemeen niet bizonder met den aether als narcoticum is ingenomen. Het gevoel van stikken bij het begin der narcose, de sterke afscheiding van speeksel, de prikkeling van het slijmvlies der luchtwegen en de niet zoo zelden langdurende collaps na aether-narcose zijn voor velen redenen genoeg om aan den chloroform de voorkeur te geven. Dat het aantal sterfgevallen na aether-narcose zooveel geringer zou zijn dan na toediening van chloroform is na de laatste publicatiën zeer te betwijfelen. Zoo wijst Dr. Kouwer op 3 gevallen van hartverlamming bij aether-narcose, die onlangs in een chirurgisch tijdschrift zijn medegedeeld.

Dr. Stratz herinnert er aan dat Fritsch voor verloskundige operaties het gebruik van aether aanraadt. Dit vindt bij de aanwezigen echter allerminst instemming, die het gebruik van aether in de privaat-praktijk in kleine kamers, 's nachts bij een kaars of een laaghangende lamp bovendien zeer gevaarlijk achten.

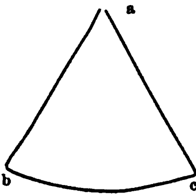
Mej. Dr. v. Tussenbroek deelt het resultaat mede van het microscopisch onderzoek van den door vaginale totaalexstirpatie

verkregen uterus gravidus carcinomatosus, die in de Februari-vergadering door den Heer van der Mey is gedemonstreerd. De eigenaardige dikke wal rondom de placenta bleek gevormd te worden door een infarct, gelegen op de grens van decidua vera en serotina, vlak onder het chorion en binnen de decidua. Het infarct bestaat deels uit een bloed-extravasaat, deels uit necrotisch, decidua-weefsel met enkele necrotische foetale vlokken. Spr. meent dat deze eigenaardige circulaire infarct-vorming met het carcinoom der portio vaginalis in geenerlei verband staat; het carcinoom toch was geheel tot de portio beperkt en bevond zich op verren afstand van den randwal der placenta.

Dr. van de Poll beschrijft een nieuwe wijze van hechten bij de operatieve behandeling van den prolapsus uteri. Nadat de colporraphia anterior is verricht, volgt hetzij onmiddellijk, hetzij eerst eenigen tijd later de colporraphia posterior.

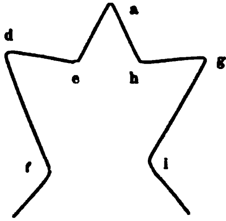
Terwijl Spr. vroeger, als leerling van A Martin, meestal gebruik maakte van diens wijze van omsnijding der figuur, bij welke de columna rugarum posterior blijft bestaan, ging hij later over tot die van Hegar, waarbij de top van den driehoek zoo hoog mogelijk in de vagina komt te liggen, terwijl de uitcinden der basis in de vulva zich bevinden. Nadat op 3 plaatsen het weefsel met een kogeltang gepakt en door assistenten de vaginaalwand gespannen is, worden de beide opstaande beenen van den driehoek met het mes geteekend en vervolgens de lap, welke men verwijderen wil, weggenomen tot aan de basis van den driehoek, welke eerst later geteekend en geaviveerd wordt. Behalve de vernauwing van het lumen der vagina is het vormen van een stevig en hoog perineum voor het welslagen der operatie van groot belang. Zooveel mogelijk zal men dus de uiteinden der basis van den driehoek, hoog aan de vulva plaatsen. De lijnen, die den top beiderzijds met de uiteinden van de basis verbinden, kruisen twee andere lijnen, die overlangs in de vagina loopen naast de columna rugarum en welke de uitdrukking zijn van de overlangsche plooivorming.

De dwarsche doorsnede der vagina vertoont een H-vorm; de beenen van deze H zijn de lijnen, welke door hem bedoeld worden. Is de lap volgens de methode van Hegar verwijderd, dan geeft de wondvlakte gespannen door middel der kogeltangen een driehoek

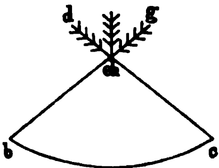


te zien, waarvan a b en a c de opstaande zijden zijn, en b c de basis is. Indien echter de spanning ophoudt en de vaginaalwand op hare plaats gebracht wordt, blijkt dat de lijnen a b en a c geene rechte lijnen meer zijn, doch dat, op de plaatsen van kruising, twee zijdelings en eenigzins naar boven loopende uitloo-

pers der wond zich vormen, d e f en g h i. Deze uitloopers zijn niet anders dan het gedeelte der wondvlakte dat beantwoordt aan de beenen van de H-figuur.



Op de vorming van deze beide uitloopers nu berust de verandering, die Spr. in praktijk bracht en die hij als een wijziging van een bestaande methode aanbeveelt. De hechtingen worden van af a tot e en h op de gewone wijze aangelegd en gesloten; daardoor komen e en h in één punt te liggen. Vervolgens sluit men op dezelfde wijze, de wondjes d e f en g h i, zoodanig, dat e en f, h en i, telkens elkander in hetzelfde punt ontmoeten. Is dat geschied, dan komen dus alle vier punten f, e, h en i in één punt te samen en blijft er ten slotte een driehoek e h b c over, welke op de gewone wijze gesloten wordt. Oogenschijnlijk heeft deze wijze van hechten geen voordeel boven die van H e g a r. Het bleek Spr. echter, dat op de plaats waar de punten e h de wondvlakten te samenbrengen, en langs d e h en g e h, een ring ontstaat, welke dwars in de vagina aan haren achterwand, halvemaansgewijs verloopt, een ring welke dus de rol van een halvemaansgewijs septum vervult.



Het staat geheel in de macht van den operateur eene grootere weefsel-massa bijeen te brengen door de zijdelingsche wond-figuren d. i. de basis der driehoeken d e f en g h i grooter te maken. Hoe meer men dit doet, des te meer is ook verzekerd het succes der operatie, n.l. het inhouden van den prolaps. Intusschen houde men aan den anderen kant in het oog dat hierdoor de coitus onmogelijk of althans zeer bemoeilijkt kan worden.

Dr. K r ü s e m a n vertoont het afgebroken stuk van een knoopenpen, waarmede eene pat. volgens hare eigene verklaring, reeds 3 malen bij zichzelve abortus had opgewekt. De laatste maal brak een stuk van het instrument af, dat door Spr. moest worden verwijderd.
